Der syphilitische Primäraffekt an den Tonsillen.

Inaugural-Dissertation

verfaßt und der

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayer. Julius-Maximilians-Universität Würzburg

zur

Erlangung der Doktorwürde

vorgelegt von

Joseph Kaesbohrer

aus Nürnberg.

ACAD. LANDSHUT BIBL.

Borna-Leipzig

Buchdruckerei Robert Noske

1906.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Universität Würzburg.

Referent: Herr Geheimrat Professor Dr. von Leube.

Meinem Vater

in Liebe und Dankbarkeit gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41507204_0069

Aus der Syphilido-Klinik in Würzburg.

Während noch vor ca 50—60 Jahren der extragenitale Sitz der syphilitischen Primäraffektion als eine Seltenheit betrachtet wurde, besteht heute kein Zweifel mehr darüber, daß diese Art von Infektion leider ziemlich häufig vorkommt. Zahlreiche Schriften und Abhandlungen über diese extragenitale Syphilisinfektion sind bereits erschienen, um immer wieder neues Material an die Öffentlichkeit zu bringen und die Statistik um einige Fälle mehr zu bereichern. Es ist nun nicht nur meine Absicht, den bereits vorhandenen noch einige weitere mir von Herrn Prof. Dr. Seifert in liebenswürdigster Weise mitgeteilte Fälle hinzuzufügen, sondern ich möchte eine ganz bestimmte Art des extragen. luet. Primäraffektes zum Gegenstande meiner Betrachtung machen, der durch die Lokalisation seines Sitzes und die dadurch sehr oft bedingte Schwierigkeit der Diagnose wohl wert ist, einer näheren Beachtung gewürdigt zu werden. Ich meine damit den syphilitischen Primäraffekt der Tonsillen.

Mitte vorigen Jahrhunderts war dieser Sitz der Prim.-Affektion noch ziemlich unbekannt, ja beim Manne sogar für ganz unmöglich gehalten. So äußerte sich im Jahre 1852 Velpeau hierüber folgendermaßen; „Le développement d'un chancre sur l'amygdale paraît évidemment impossible chez un homme surtout." Erst Diday hat im Jahre 1861 zum ersten Male auf den Tonsillarschanker aufmerksam gemacht und auf dessen Symptone hingewiesen. Dabei stellte er als Hauptursache für diese Art der In-

fektion den Coitus ab ore hin, was jedoch, wie später gezeigt werden soll, mit den Befunden der späteren Autoren nicht übereinstimmt.

Nachdem so auf das Vorkommen des Tonsillarschankers aufmerksam gemacht worden war, folgten bald mehr Beobachtungen und Berichte über derartige Fälle. Besonders tat sich in dieser Beziehung Frankreich und Rußland hervor. So berichtet Nivet 1887 nach einer Statistik Fourniers von 29 Tonsillarsklerosen unter 581 extragen. Primäraffektionen, was einem Prozentsatz von fast 5 % der extragen. Sklerosen entsprechen würde. 1897 führt Fournier selbst in einer Statistik über außergeschlechtliche Infektion unter 642 Fällen 44 Tonsillarsklerosen, also ca. 6,8 % dieser Fälle an. Pospelow (Moskau) berichtet in seiner Statistik, welche die Jahre 1878—1887 inkl. umfaßt, über 46 Rachenschanker und 198 andere Extragenitalsklerosen. Von diesen 46 Rachenschankern saß einer ausschließlich am vorderen Gaumenbogen, ein anderer ausschließlich am weichen Gaumen, während die übrigen 44 Fälle entweder nur die Tonsillen betrafen, oder auch mit den Mandeln gleichzeitig die vorderen und hinteren Gaumenbogen, den weichen Gaumen und auch die hintere Pharynxwand mit ergriffen hatten, also im ganzen 2,2 % der extragenit. Infektion.

Krefting (Christiana) hat im Laufe von 25 Jahren unter 539 Fällen von außergeschlechtlicher Ansteckung 58 Fälle von Mandelschanker = 10,7 % beobachtet. Duncan Bulkley berichtet von 2000 Primäraffekten, 111 extragenitalen, darunter 15 Tonsillarsklerosen, also 13,5 % der extragenitalen Infektion.

Sendziak hat 3767 extragen. Prim.-Affekte der Mund- und Rachenhöhle, sowie der Nase und der Ohren zusammengestellt und findet, daß der häufigste Sitz dieser Affektion die Lippen sind, daß aber dann sofort an 2. Stelle die Gaumenmandeln mit 15,9 % fast 16 % stehen.

Sabolotzky erwähnt in seiner Statistik vom 1. Juli 1892 bis 1. Juli 1893 am Mjassnitzky-Hospital zu Moskau unter 139 Fällen von außergeschlechtlicher Syphilisinfektion 104 Fälle von Tonsillenschanker, was einem Satze von 74,8 % entspräche.

Neumann (Wien) berichtet, daß unter 4634 luetischen Personen, die von 1880—1901 die Klinik besuchten, 207 extragenital infiziert waren und daß bei 20 dieser außergeschlechtlich Erkrankten der Primäraffekt an der Tonsille saß.

Seifert (Würzburg) fand 1893 bei einer Zusammenstellung der Rachensklerosen 149 Tonsillarfälle, während Ebner bei einer Zusammenstellung der luetischen Primäraffekte an den oberen Luftwegen 123 Mandelschanker fand. Ebenso hat Tschistiakow (Petersburg) in der Literatur 104 Fälle gefunden.

Diese kurzen Angaben zeigen, daß der luetische Primäraffekt an den Tonsillen verhältnismäßig häufig vorkommt. Münchheimer hat eine große Statistik aller bis 1894 publizierten Fälle von extragenitaler Infektion herausgegeben, die eine Fortsetzung der Bulkleyschen Statistik bildet. Nach dieser Zusammenfassung rangiert die Infektion per os an 1. Stelle, die der Tonsillen an 5. Nach Pospelow aber steht die Tonsillarsklerose an 3., nach Sendziak, wie schon erwähnt, an 2. und nach Sabolotzky, bei dem die Mandelschanker $^3/_4$ aller Fälle ausmachen, sogar an 1. Stelle. Ähnliches berichtet Rosenquist, während Tschernogubow das nämliche Resultat erhält wie Pospelow.

Dieses häufige Vorkommen wird allerdings auch wieder von einigen anderen Autoren bestritten, wie z. B. von Gay, der sich gegen die Behauptung Tschistiakows, daß der Tonsillarschanker in Rußland so häufig sei, verwahrt mit der Bemerkung, daß er in 24 Jahren nur 2 Fälle von Primäraffekt an den Mandeln gesehen habe. Ebenso

hat Protzeck in der Breslauer Klinik unter 93 Fällen von extragen. Infektion, die während $11^1/_2$ Jahren vorkamen, nur einen einzigen Fall von Tonsillarsklerose gefunden. Auch Morell-Lavallée gibt an, unter 45 Kranken nur einen Fall von Mandelschanker beobachtet zu haben. Doch stehen diese Autoren den anderen gegenüber sehr vereinzelt da.

Ist demnach, wie aus dem Vorhergegangenen ersichtlich, der Tonsillarschanker eine nicht so seltene Affektion, so ist es auch gewiß von Interesse und Bedeutung, zu erfahren, auf welchem Wege dieselbe von den betreffenden Individuen erworben wird.

Vor allem denkt man dabei zuerst an die perverse Geschlechtsbefriedigung, den Coitus per os oder Cunnilinguus, eine Annahme, die auch Diday gemacht hatte. Erfreulicherweise ist jedoch, wie sämtliche Autoren gefunden haben, diese Annahme nicht richtig und kommt diese Art der Infektion nur in der Minderzahl der Fälle vor. In meiner Zusammenfassung finden sich nur 7 Fälle.

Eine weitaus häufigere und sehr oft angegebene Ursache dieser Erkrankung ist das Küssen, bes. das intensive Küssen. Wahrscheinlich wird dabei der mit dem syphilistischen Virus beladene Speichel gegen den Isthmus faucium geschleudert und bleibt in den Krypten und Buchten der Mandeln oder an kleinen Defekten derselben festhaften, um alsbald seine verderbliche Tätigkeit zu entfalten. Wird gar, wie in einigen Fällen, das Küssen derart ausgeübt, daß die event. mit Plaques muqueuses bedeckte Zunge dem zu liebkosenden Individuum in den Mund gesteckt, dann ist die Infektion sehr wohl zu verstehen. Zu dieser Art gehört auch schließlich diese außergewöhnliche Infektion, die sich ein Arzt dadurch zuzog, daß er an einem neugeborenen asphyktischen luetischen Kinde Wiederbelebungsversuche machte, und zu diesem Zwecke seinen Mund an den des Kindes brachte, um demselben Luft einzublasen. Eine Tonsillarsklerose war der Lohn seiner menschenfreundlichen Bemühungen.

Ein weiterer Umstand zur Übertragung und Verbreitung des Primäraffektes der Tonsillen ist das Zusammenleben in der Familie oder wie bei ärmeren Volksklassen das Zusammenleben mehrerer Familien oder Personen in einem gemeinsamen Haushalte. Die einzelnen Eß- und Trinkgeräte, die hierbei gemeinsam benutzt werden, wie Löffel, Gläser, Bierflaschen usw. sind hier die Träger des syphilitischen Giftes und übertragen dasselbe von einer Person auf die andere. Ebenso führte, wie aus der Statistik ersichtlich, die gemeinsame Benutzung von Gegenständen, wie sie im Berufs- und Gesellschaftsleben gebraucht werden, wie Pfeifen und Zigarren, Bleistiften, Nägeln usw., die von einer luetischen Person schon einmal in den Mund genommen worden waren, zur Erwerbung von Tonsillarsklerose. Bei den Glasbläsern, bei denen die Glaspfeife von Mund zu Munde wandert, wurde diese Art von Infektion öfter beobachtet. Eysél berichtet hierüber 3 Fälle, die von einem luetischen Mitarbeiter, der das Blasrohr zuerst in Benutzung hatte, auf diese Weise infiziert wurden.

Selten dürfte wohl die Akquirierung eines Mandelschankers durch eine Hustenpastille sein, wie sie Neumann mitteilt. Auch Stiebel berichtet von einem eigenartigen Falle, in dem sich eine Frau Tonsillarsklerose dadurch zuzog, daß sie das Zahnpulver ihres syphilitischen Neffen benutzte.

Mütter und Pflegerinnen von luetischen Kindern sind natürlich der Gefahr der Infektion durch die Mandeln in relativ sehr hohem Grade ausgesetzt. Die Infektion geschieht, abgesehen vom Küssen der Kleinen, oft durch das Gummimundstück der Saugflaschen beim Probieren der Milch auf ihren Wärmegrad. Eine weitere Unsitte, beim Päppeln der Kinder jeden Löffel voll Speise zuerst selbst zu verkosten und dann erst dem Kinde zu reichen, ist ebenfalls eine nicht seltene Ursache der Tonsillarsklerose.

Die gesunden Kinder andrerseits werden natürlich

wieder sehr leicht von ihren kranken Pflegerinnen infiziert durch Küsse, Eß- und Trinkgeräte und besonders auch durch das Trinken an den Brüsten syphilitischer Weiber. In manchen Gegenden, in denen es Mode ist und als ein Akt der Höflichkeit angesehen wird, der besuchenden Freundin das Kind an die Brust zu legen, kommen Mandelschanker der Kleinen nicht selten vor. Auch das schon oben erwähnte Päppeln der Kinder mit dem Löffel gibt häufig genug den Anlaß zu Tonsillarschanker der Kinder, wenn die päppelnde Person z. B. nässende Papeln der Mundschleimhaut hat und mit dem Sekrete derselben das dem Kinde darzureichende Essen und den Löffel besudelt. Bei Kindern, die auf diese Art eine Mandelsklerose akquiriert haben, sitzt der Primäraffekt gewöhnlich auf der linken Tonsille, was vielleicht darauf zurückzuführen ist, daß der Löffel, der gewöhnlich mit der rechten Hand gehalten wird, nicht genau in der Mittellinie, sondern mehr nach links eingeführt wird. Nach Krefting werden kleine Kinder auch „beim Essen angesteckt, ohne daß ein Löffel gebraucht wurde, indem es nicht ungewöhnlich ist, daß Pflegerinnen und Mütter das Essen erst kauen, bevor sie es den Kindern in den Mund stecken".

In manchen Gegenden ist es Sitte, an den Brüsten stillender Weiber zu saugen, um deren kleine Warzen zum Stillen tauglicher zu machen. Dadurch kann einerseits, wenn die saugende Person luetisch war, der Säugling infiziert werden, während die Mutter intakt bleibt, andererseits kann, wenn die Mutter luetisch ist, sowohl Säugling als auch die erwachsene saugende Person einen Tonsillarschanker erwerben oder letztere Person allein.

Eine weitere Art der Übertragung des syphilitischen Virus auf die Tonsillen ist die bei operativen und sonstigen ärztlichen Eingriffen durch schlecht und ungenügend gereinigte Instrumente. In meiner Zusammenstellung der einzelnen Fälle ist fünfmal die Katheterisation der Tuba

Eustachii und zweimal die Tonsillotomie als höchstwahrscheinliche Ursache des Primäraffektes an den Tonsillen angegeben. Bei dem heutigen Stande des Asepsis, die ja jetzt Gemeingut aller Ärzte geworden ist oder wenigstens geworden sein sollte, werden diese Fälle hoffentlich bald gänzlich von der Bildfläche verschwinden.

Bulkley hat die extragen. Syph. in 3 große Gruppen eingeteilt, nämlich in 1. eine Syph. oeconomica, d. i. die Syphilis, welche bei den gewöhnlichen Beschäftigungen, im Haushalte, gesellschaftlichen und Berufsleben erworben wird; 2. Syphilis brephotrophica, welche durch Pflege und Ernährung der Kinder akquiriert wird, und 3. Syphilis technica, bei der die Übertragung durch die Ärzte, Ammen und Krankenwärter erfolgt. Wie aus dem Vorangegangenen ersichtlich, läßt sich diese Einteilung auch bei der Erwerbung des Tonsillarschankers anwenden, und ich bin auch bei der Aufzählung der Infektionsarten im allgemeinen diesem Schema gefolgt.

Nachdem wir nun so die verschiedenen äußerlichen Ursachen, die zur Infektion führen können, näher kennen gelernt haben, ist es gewiß von Interesse, zu ergründen, wie nun die eigentliche Infektion der Tonsille zustande kommt. Schon Hunter hat ja bereits ausgesprochen, daß eine jede beliebige zugängliche Stelle am menschlichen Körper Sitz des Prim.-Affektes sein könne, und die Tonsille ist nun auch eine solche Stelle, der das syph. Virus 1. durch verschiedene Eingriffe mit Instrumenten, dem Finger usw., 2. durch Vermittlung des Speichels und der Speisen und Getränke zugeführt werden kann. Wird diese Infektion nun z. B. durch Instrumente bewirkt, die an der Mandel eine größere oder kleinere Verletzung gesetzt haben, dann ist ja die Art und Weise der Infektion dieser Stelle leicht zu verstehen.

Anders aber verhält es sich, wenn der Speichel der Träger des syph. Giftes ist. Wie schon längst festgestellt

ist, ist es zur Aufnahme des syph. Contagiums nötig, daß die Haut oder Schleimhaut ihrer Hornschicht beraubt, resp. ein sogenanntes Foramen contagiosum Ricordi geschaffen sein muß. Nach der Annahme von Prof. Lang genügt es schon, wenn die Epidermisschicht durch das Sekret maceriert und bloß verdünnt ist. Demgemäß wäre es also auch verständlich, daß in unserem Falle eine Infektion erfolgt, wenn derselben eine entzündliche Veränderung der betroffenen Teile voranging, wie sie ja durch Erkältung, Rauchen, Trinken von Spirituosen, übermäßiges Schreien und Singen und dergleichen mehr hervorgerufen wird, wodurch dann eine Desquamation des Epithels eintritt. Aber auch an den intakten Tonsillen müßte ihrer anatomischen Beschaffenheit nach die Infektion möglich sein. Denn von der Oberfläche der Tonsillen findet fortwährend eine massenhafte Auswanderung von Leukocyten statt. Dadurch ist das Epithel von einer Unmasse miskroskopischer kleiner Gänge durchzogen, die nun, wenn man sich so ausdrücken darf, die Tonsille quasi schutzlos machen und den andringenden Mikroorganismen und Bazillen genug Gelegenheit geben, in das Gewebe einzudringen und sich daselbst einzunisten. Auf diesem Wege müßte also auch das syph. Virus in die Mandel gelangen können. Nun ist aber nach Pospelow nachgewiesen, daß, wenn man das syph. Contag. auf eine ihrer Hornhautschicht beraubte Haut bringt, und nach 3—5—10 Minuten wieder abwäscht, keine Infektion erfolgt. Sollte nun nicht das auf die Tons. gebrachte syph. Virus sofort durch die nachfolgenden Schluckbewegungen entfernt und so in seiner Wirkung verhindert werden? Ferner ist bekannt, daß eine Impfung mit syphl. Contag. erfolglos bleibt, sowie dasselbe mit 500 Teilen Wasser verdünnt worden ist. Wird nun nicht durch den Speichel, die aufgenommenen Speisen und Getränke das Virus mehr als wie 500 fach verdünnt und dann noch obendrein — durch die Schluckbewegung kaum recht an den Tonsillen angelangt — sofort

wieder entfernt? Diese Erwägungen veranlaßten Pospelow, den Vorgang folgendermaßen zu erklären, wie er auch von anderer Seite anerkannt wird. Er sagt, daß das syphilitische Contagium dadurch in die Tonsillen eindringt, daß es beim Schlucken in deren Lakunen quasi gewaltsam hineinpreßt wird, dort stecken bleibt und durch die weiteren Schluckbewegungen nicht mehr herausbefördert werden kann. Dieses Hineinpressen mit Speichel oder Speisen geschieht höchstwahrscheinlich beim zweiten Schluckakte, wenn die beiden hinteren Gaumenbögen sich einander nähern und so die Tonsille den ganzen Anprall auszuhalten haben. Auf diese Weise bleibt das syph. Virus in den Tons. haften und kann nun tiefer in das Gewebe eindringen, oder wenn es in den Lakunen liegen bleibt, so lange latent bleiben, bis eine Entzündung oder sonstige Läsion den Anlaß zum Ausbruche der Erkrankung gibt. So ist es auch erklärlich, daß oft 2—3 Monate erst nach der Infektion sich die Folgen derselben zeigen.

Nachdem wir nun so das Vorkommen des Tonsillarschankers, seine relative Häufigkeit und die Art und Weise seiner Übertragung etwas näher kennen gelernt haben, fragt es sich nun, ob es einen Zweck und Grund hat, diese Fälle zu sammeln und zu registrieren. Diese Frage muß entschieden mit „Ja“ beantwortet werden; denn es liegt sehr viel daran, die Kenntnisse über diese Affektion zu erweitern und zu bereichern, da gerade die Unkenntnis dieses Primärsitzes der Syphilis oft von den schlimmsten Folgen begleitet sein kann. Die Folgen dieser Verkennung der Krankheit hat allerdings dann in erster Linie der betr. Arzt auf dem Gewissen, andererseits hat aber der Patient und eventuell seine nächste Umgebung und die Allgemeinheit darunter schwer zu leiden. Daher ist also der Umstand, daß diese Primäraffektion und ihre Erkennung in den medizinischen Kreisen immer mehr bekannter wird, wichtig 1. für den Arzt selbst, 2. für den Patienten und 3. für dessen Umgebung und die ganze Allgemeinheit.

ad 1. Wichtig für den Arzt, bes. für den praktischen Arzt, da die meisten Patienten, die keine Ahnung von ihrem Leiden haben und dasselbe oft nur für ein kleines Halsübel oder wenn dasselbe starke Beschwerden macht für eine schwere Halsentzündung halten, zuerst zu ihm kommen, um sich vor falschen Diagnosenstellungen und dementsprechend falschen ärztlichen Eingriffen zu bewahren und sich nicht dem Pat. gegenüber bloßzustellen. So leicht und ohne besondere Schwierigkeit die Diagnose ist, wenn die entsprechenden Symptome, auf die ich später noch zu sprechen kommen werde, vorhanden sind, genau beachtet und richtig gewürdigt werden, so schwer ist es oft selbst für den Spezialisten und Geübten, die wahre Natur der Krankheit sofort zu erkennen, denn der Tonsillarschanker ist in seinen verschiedenartigsten Formen und Gestaltungen das reinste Chamaeleon; „un véritable Protée“ wie Fournier sagt. So wurde, wie aus meiner Zusammstellung ersichtlich, diese Affektion oft anfangs unter den verschiedensten Diagnosen behandelt. Doktoroff gibt z. B. einen Fall an, der bei einer 27 jährigen Offiziersfrau anfangs als einfache Angina diagnostiziert und erst durch die sek. Symptome richtig erkannt wurde. Rona und Seifert berichten von je einem Falle, die für chronische Anginen angesehen wurden. Eine andere Art von Verkennung der wahren Krankheit war, daß der P.-A. für eine Angina phlegmonosa gehalten und inzidiert wurde, wie Doktoroff berichtet. Wieder in anderen Fällen war die Tonsillotomie gemacht worden, bevor die richtige Diagnose und Therapie kam. Bei einem anderen Falle, den Tschistiakow berichtet, wurden die stark geschwollenen Halsdrüsen, die eigentlich auf die richtige Diagnose hätten führen müssen, inzidiert. Sehr schwierig kann oft bes. für den Nichtgeübten die Differential-Diagnose zwischen Diphteritis und P.-Affekt werden, ein Umstand, der von verschiedenen Autoren extra erwähnt und betont wird, und Krefting selbst schreibt in seiner

Abhandlung über extragenitale Syphilisinfektion: „Eine nicht geringe Anzahl der im Hospital behandelten Fälle haben erst ihren Weg nach dem Diphtherielazarett gemacht, ehe die richtige Diagnose gestellt werden konnte.“ Graarud, Seifert, Bock, Friedmann, Nivet und Doktoroff führen als Beleg dafür Fälle an, die im Anfange der Behandlung entweder stark diphtherieverdächtig waren oder direkt als Diphtherie behandelt wurden, bis das hervorbrechende Exanthem den wahren Sachverhalt verriet. Interessant sind ferner 2 Fälle, die Marschalki berichtet. Beide Fälle wurden für Carcinom gehalten. Der eine Patient wurde operiert und starb, beim anderen Patienten trat ein Exanthem auf, demgemäß die Diagnose auf Syphilis gestellt und die spezif. Behandlung eingeleitet wurde. Pat. wurde geheilt. Neumann berichtet ebenfalls von einem Falle, der zuerst als Carcinom angesehen worden war, sich aber durch die Sekundärerscheinung als P.-A. entpuppte. Derselbe Autor erwähnt noch einen anderen interessanten Fall. Es lag nämlich ein Tumor vor, der sich von der Tonsille über den hinteren Gaumenbogen gegen den Larynx zu fortsetzte und zuerst als Lymphosarkom diagnostiziert wurde. Auch hier brachte das Exanthem die richtige Diagnose und Patient wurde, nachdem er der spezif. Behandlung unterworfen worden war, geheilt entlassen. Schütte berichtet von einem anderen Falle, bei dem die sehr starke Schwellung der rechten Submaxillardrüse zuerst als Tuberkulose, dann als Sarkom diagnostiziert worden war und operiert werden sollte, bis Lassar die richtige Diagnose stellte. Daß der Pr.-A. auch für ein Gumma angesehen werden kann, beweist ein Fall, den Doktoroff anführt und der auch erst durch das Auftreten von Sekundärerscheinungen aufgeklärt wurde. Diese Fälle genügen, um zu zeigen, wie wichtig es für den Arzt ist, auf diesem Gebiete bewandert zu sein, um ihn vor Irrtümern und Mißgriffen zu schützen.

ad 2. Sehr wichtig ist es ferner für den Patienten selbst, daß der behandelnde Arzt möglichst frühzeitig die Krankheit richtig erkennt und beurteilt. Denn durch die sachgemäße Behandlung, die der Arzt dann einleiten wird, steigen die Chancen eines günstigen Verlaufes der Krankheit für den Patienten bedeutend, während eine falsche Behandlung derselben dem syphilitischen Gifte nur genügend Zeit und Gelegenheit gibt, sich ohne Widerstand im Körper des Patienten auszubreiten und in ungeschwächter Virulenz seine unheimliche Tätigkeit zu entwickeln. Die Notwendigkeit einer energisch eingeleiteten spezif. Kur und die Gefahren bei Unterlassung einer solchen für den Patient gehen sehr klar hervor aus folgenden Worten Neissers:

„Wir stehen bei der Behandlung der Syphilis nicht auf dem Standpunkte der exspektativen Therapie, sondern wir vertreten die Ansicht, jeden Kranken gleichmäßig einer intensiven über Jahre sich erstreckenden Behandlung zu unterziehen und sind der Meinung, daß eine solche Behandlung ganz wesentlich die Dauer des infektiösen Stadiums herabsetzt, nicht nur dadurch, daß etwaige Rezidive der an sich vielleicht unbedeutenden, in ihrer Infektiosität aber besonders zu fürchtenden papulösen Effloreszenzen verhindert werden, sondern auch, weil das Virus selbst direkt durch die merkurielle Kur angegriffen, gemildert und beseitigt wird. Eine Stütze dieser Annahme ist zweifellos die Abnahme derjenigen Infektiosität, die sich als Vererbung der Syphilis manifestiert und welche in ausgezeichneter Weise durch die merkurielle Kur erzielt wird. Es handelt sich hierbei nicht um die Behandlung von syphilitischen Effloreszenzen oder Neubildungen, sondern um eine Beeinflussung des Giftes selbst.“

Abgesehen von der spez. merkuriellen Behandlung ist es jedoch auch für den Patienten gar nicht gleichgültig, ob an ihm infolge falscher Diagnose operative Eingriffe vorgenommen werden oder nicht. Außer den Schmerzen, die

der Patient event. zu erdulden hat, bestehen für ihn die Gefahren einer Infektion, wie bei jeder anderen Operation auch, und der vermeintliche Carcinomfall von Marschalki, den ich oben erwähnt habe und der nach der Operation starb, beweist deutlich, daß in einem solchen Falle der Irrtum in der Diagnose für den Patienten die allerschlimmsten Folgen haben kann.

Von großer Bedeutung für den Kranken selbst ist ferner, außer daß ihm der Arzt die entsprechende Behandlung angedeihen läßt, der Umstand, daß er auch genau erfährt, woran er leidet und ihm die Folgen seiner Krankheit, die Ansteckungsfähigkeit derselben mitgeteilt werden. Jeder Patient muß wissen, wie er sich seinen Angehörigen und seinen Mitmenschen gegenüber zu verhalten hat, da er denselben ja sehr gefährlich werden kann, und muß unter andern auch darauf aufmerksam gemacht werden, daß er bei jeder Erkrankung dem behandelnden Arzte ohne Scheu und rückhaltlos mitzuteilen hat, daß er um die und die Zeit syphilitisch infiziert worden sei.

ad 3. Was die Wichtigkeit der Erkennung des syphilitischen Tonsillarschankers in bezug auf die nächste Umgebung des Patienten und der Allgemeinheit betrifft, so ist dies schon aus dem Vorhergehenden leicht zu ersehen. Der Kranke ist infolge seiner Ansteckungsfähigkeit eine große Gefahr für seine Angehörigen und für die ganze menschliche Gesellschaft. Gelegenheiten zur Übertragung dieser Art der Syphilis gibt es, wie wir bereits gesehen, leider nur genug und trotz der größten Vorsicht wäre eine solche leicht möglich. Kennt nun der Kranke seine Krankheit gar nicht und sind ihm nicht entsprechende Verhaltungsmaßregeln gegeben worden, so kann er zunächst seine eigenen Angehörigen infizieren. Von diesen und von ihm zugleich wird dann die Seuche weiter verbreitet und besonders in den unteren Volksklassen, in ärmlichen Verhältnissen bei engem Zusammenwohnen vieler Menschen

und ungenügender Reinlichkeit, wie man sie bei solchen Verhältnissen ja gewöhnlich antrifft, kann ein solch Kranker die Ursache zuerst einer Familien- und schließlich einer ganzen Ortsendemie werden. In vielen Ländern wurden Endemien von Syphilis beobachtet, die, wenn auch nicht in jedem Falle durch Tonsillarsklerose, so aber doch meist durch extragenitale Infektion zustande kamen. Oft wurde die Krankheit früher nicht erkannt, oder bald als eine Art Aussatz, bald als degenerierte Syphilis aufgefaßt. Auch eigene Namen bekam bei solchen Endemien die Krankheit, der gewöhnlich nach dem Namen des Gebietes lautete, in dem dieselbe auftrat; so in Norwegen und Schweden als Radesyge, in Holstein und Jütland als holsteinische und jütländische Krankheit, in Österreich-Ungarn als Skerljewo, in Fiume und Ragusa als mal di Fiume, mal di Ragusa. Um dem Fortbestehen dieser Seuchen Einhalt zu tun, ist es daher von größtem Interesse, daß die Kenntnis nicht nur der Tonsillarschanker allein, sondern der extragenitalen Infektionsmoden der Lues überhaupt, allgemein geistiges Besitztum der Ärzte wird, zum Heil und Nutzen der gesamten Menschheit.

Gehen wir nun zur Beschreibung des Primäraffektes der Tonsillen selbst über.

Das Leiden beginnt meist schleichend, zuerst nur mit geringen Symptomen, so daß die Patienten nicht im geringsten ahnen, welche schlimme Erkrankung sich bei ihnen zu entwickeln beginnt. Sie haben zuerst ein unbehagliches Gefühl im Munde, das sich schließlich immer mehr und mehr steigert, bis Schluckbeschwerden und Schmerzen auftreten, wie sie bei einer gewöhnlichen Angina vorkommen. Dadurch erst werden die Leute gewöhnlich zum Arzte getrieben. Dies Symptom der Schluckbeschwerden und Schmerzen ist um so auffallender, da sich sonst die luet. Primäraffekte der Haut und der Schleimhäute gerade durch ihre Schmerzlosigkeit auszuzeichnen pflegen.

Diese soeben geschilderte Art der Entwicklung geht gewöhnlich fieberlos vor sich, nur daß sich die Leute belästigt und etwas matt und abgeschlagen fühlen. In anderen Fällen dagegen tritt ganz akut heftiges Fieber bis zu 40° auf, verbunden mit Schüttelfrösten, großer Mattigkeit und Abgeschlagenheit, Kopfschmerzen, heftigen Halsbeschwerden und stechenden und reißenden Schmerzen, die in die Ohren, den Hinterkopf und Nacken ausstrahlen. Warum gerade in diesen Fällen so schwere Erscheinungen auftreten, läßt sich schließlich damit erklären, daß es sich hier nicht allein um eine Infektion mit dem syphilitischen Virus, sondern um eine Mischinfektion handelt.

Kommen nun diese Patienten zur Untersuchung, so fällt dem Arzte in der Mehrzahl der Fälle sofort ein äußerst wichtiges äußerliches Symptom auf, nämlich eine starke einseitige Halsschwellung, die oft direkt entstellend wirkt. Bei der näheren Untersuchung zeigt sich dann, daß die Lymphdrüsen der Seite, die der erkrankten Mandel entspricht, sehr stark bis zu Walnuß-, ja sogar bis zu Hühnereigröße angeschwollen sind. Von dieser Schwellung sind vor allem die Submaxillardrüsen als die der erkrankten Mandel am nächsten liegenden betroffen. An zweiter Stelle kommen dann die lateralen Halsdrüsen unter dem M. Sternokleidomastoideus der entsprechenden Seite in Betracht und zwar sind dieselben oft in dem nämlichen Grade affiziert, wie die Submaxillardrüsen. Schließlich können dann noch die Submental-, Präaurikular-, Mastoidal- und Occipitaldrüsen noch in Mitleidenschaft gezogen werden. Diese Drüsen nun sind prall, hart, von elastisch-knorpeliger Konsistenz und gewöhnlich indolent, nur in einigen wenigen Fällen (5) findet sich die Angabe, daß die Schwellung mehr oder weniger schmerzhaft war. Auch Fluktuation wurde schon beobachtet. Wie schon erwähnt finden sich diese Drüsenschwellungen immer auf der Seite der erkrankten Mandel. Bei doppelseitigem Sitze des Primär-

affektes findet sich auch dementsprechend doppelseitige Lymphadenitis, wodurch die Ungleichheit beider Halsseiten wieder ausgeglichen, die Diagnose aber erschwert werden kann.

Während nun so beim Tonsillarschanker eine auffallende Schwellung der Glandulae lymphaticae in nächster Umgebung des Erkrankungsherdes besteht, bleiben die Lymphdrüsen des übrigen Körpers, besonders die Inquinaldrüsen anfangs vollständig unberührt und normal, abgesehen von der leichten Schwellung der letzteren bei den Angehörigen der arbeitenden Klassen, die man hier schließlich als Norm bezeichnen kann.

Geht man nun einen Schritt weiter und inspiziert die Mund- und Rachenhöhle, so findet man, wenn die Affektion einseitigt sitzt, was, wie später dargetan werden soll, meistenteils der Fall ist, bei den einfachsten Fällen eine einseitige Schwellung und Hyperämie der Tonsillen, welche scharf begrenzt sich auf die Gaumenbögen und die Uvula fortsetzt (Krefting). Diese einseitige Hyperämie, die dem Rachen ein vollständig asymmetrisches Aussehen verleiht, ist charakteristisch und von großer Wichtigkeit für die Diagnose. Bei doppelseitigem Sitze des Primäraffektes fällt dieses Zeichen natürlich weg, wodurch wieder ein Moment mehr zur Erschwerung der richtigen Diagnose gegeben ist. Die Verfärbung der Schleimhaut durch die Hyperämie ist eine sehr intensive und kann bis ins Dunkelkirschrote übergehen.

Die befallene Tonsille selbst zeigt die verschiedenartigsten Veränderungen, je nach dem Zeitpunkte, in dem der Patient beim Arzte erscheint. In wenigen Fällen ist die betreffende Tonsille nur stark geschwellt, intensiv gerötet, während die Oberfläche fast unversehrt oder nur leicht erodiert ist. Die Schwellung der Tonsille kann in manchen Fällen Tumorgröße annehmen und wie in einem schon erwähnten Falle sich über den hinteren Gaumenbogen bis

gegen den Larynx zu erstrecken, wodurch natürlich eine maligne Geschwulstbildung vorgetäuscht wird. Die Konsistenz der Tonsille ist entweder nur ödematös, meist aber derb oder steinhart anzufühlen. Meist besteht auch starke Druckempfindlichkeit.

In der Mehrzahl der Fälle findet sich auf der Mandel ein Substanzverlust, der bis zu Einmarkstückgröße und noch größer werden, und die Grenzen der Tonsille überschreitend auch noch die benachbarten Gebiete ergreifen kann, und in den meisten Fällen ein kraterförmiges, zerklüftetes, meist tiefgehendes Geschwür mit unregelmäßigen, derben, zackig angefressenen Rändern, die oft wallartig aufgeworfen sind, darstellt. Der Grund dieses Geschwüres ist entweder rot oder speckig belegt. Ein schmutzig brauner, gräulicher Belag bedeckt oft das Geschwür und große Teile der Tonsille. Induration des Geschwürgrundes ist in den meisten Fällen aber nicht immer nachzuweisen, dagegen läßt sich oft noch, wenn der Zerfall schon zu weit fortgeschritten ist, um noch eine Induration des Grundes nachweisen zu können, eine Sklerose der Ränder fühlen, so daß das Geschwür wie von einem derben Ringe umgeben erscheint. Derartige Geschwüre erinnern übrigens in ihrem Aussehen lebhaft an zerfallende Gummata und Neoplasmen.

In anderen Fällen wieder ist die geschwellte Tonsille von einer ziemlich festhaftenden, weißlichen, diphtherieähnlichen Pseudomembran bedeckt und kann so, wie schon erwähnt, sehr leicht eine echte Diphtherie vortäuschen.

Neumann hat aus einer Tonsille mit Substanzverlust und speckig belegtem Grunde einzelne Stücke exstirpiert und untersucht und gibt nun folgenden anatomischen Bericht: „Die oberen Epithellagen abgestoßen. Zwischen den einzelnen Epithelien Rundzellenwucherungen, welche auch interpapillar in größeren Mengen angehäuft waren, den Papillarkörper stellenweise substituierten, stellenweise war der Papillarkörper vorhanden, Papillen vergrößert, von

länglichen an ihrer Wandung von dicht gedrängten Rundzellen eingeschlossenen Gefäßen durchzogen. Diese Wucherungen zeigten sich auch in den Gefäßen des Bindegewebes, welches die einzelnen Follikel einschließt. Durch ihre Größe sowie durch ihre Tingierung, nicht minder durch ihre Anordnung unterscheiden sich diese Rundzellen von dem adenoiden Gewebe.

Rekapitulieren wir noch einmal kurz, so können wir folgende, für die Diagnose des Tons.-Schankers sehr wichtigen Punkte aufstellen:

1. Der Primäraffekt der Tons. beginnt mit leichtem Unbehagen und Schluckbeschwerden. Es können aber auch hohes Fieber und schwere Krankheitserscheinungen auftreten.

2. Es besteht für gewöhnlich starke Schwellung der benachbarten Lymphdrüsen, besonders der Submaxillar- und seitlichen Halsdrüsen. Diese Drüsen sind prall, hart und indolent.

3. Die übrigen Lymphdrüsen des Körpers sind um diese Zeit gewöhnlich noch nicht affiziert.

4. Im Rachen ist eine scharf abgegrenzte einseitige Rötung zu konstatieren, die der Seite der Sklerose entspricht, und dem Rachen ein typisches Aussehen verleiht. (Natürlich nur bei einseitigem Sitze der Sklerose.)

5. Ist die Tons. unversehrt, dann ist sie stark gerötet bis dunkelkirschrot, intensiv geschwellt und auf Druck schmerzhaft.

6. Die zerfallenden Geschwüre der Mandeln haben meist ein zerklüftetes, kraterförmiges Aussehen, die Ränder sind unregelmäßig, zackig, oft wallartig aufgeworfen, der Grund ist speckig belegt. Oft findet sich noch ein Belag von gräulichem, gangränösem Aussehen.

7. Am Grunde ist in den meisten Fällen Induration zu fühlen, an den Rändern der Geschwüre ebenfalls, wo-

durch für den palpitierenden Finger das Gefühl eines Ringes entsteht.

Dazu käme dann noch zur Sicherstellung der Diagnose:

8. Das Fehlen irgend einer anderen Initialsklerose, besonders an den Genitalien und

9. Das Auftreten von sekundären Erscheinungen, die dann die Diagnose sicherstellen.

Nach diesen hier angegebenen Gesichtspunkten wird wohl in den meisten Fällen die Differentialdiagnose gegenüber anderen Krankheiten gestellt werden können.

In Betracht kommen hier die verschiedenen Arten der Angina, besonders die Angina phlegmonosa und nekrotica, die Diphterie, exulcerierte Plaques muqueuses, exulcerierte Gummata, der weiche Schanker, Tuberkulose, und ferner noch Carcinom und Sarkom der Tonsillen. Da die einzelnen Formen dieser Krankheiten ja allgemein bekannt sind, kann ich sofort zur Differentialdiagnose übergehen.

Was die einzelnen Formen der Angina anbelangt, so wäre hierbei folgendes von Wichtigkeit zu berücksichtigen. 1. Es gibt für gewöhnlich bei den verschiedenen Anginaformen keine solche starke Drüsenschwellung, die sich sogar bis auf die lateralen Halsdrüsen erstrecken würde. Sind geschwollene Drüsen vorhanden, so sind dieselben bei Angina gewöhnlich schmerzhaft. 2. Bei akuter Angina, besonders der phlegmonösen, besteht immer hohes Fieber und starkes Angegriffensein des Allgemeinbefindens, fast unbemerkter, unbehaglicher fieberloser Beginn spricht gegen Angina. 3. Der Krankheitsverlauf ist bei Angina bedeutend kürzer als wie bei Tons. Sklerose, die gewöhnlich sehr lange zur Abheilung braucht, und 4. bringen bei Mandelschanker schließlich die Sekundärsymptome die definitive Entscheidung.

Handelt es sich darum, Diphtherie von Primäraffekt zu unterscheiden, so wären dabei folgende Punkte zu beachten.

1. Es spricht wieder die starke indolente Lymphadenitis

gegen Diphtherie, da wohl bei letzterer die Submaxillardrüsen anschwellen, aber gewöhnlich druckempfindlich sind und auch vereitern können, und nie die Größe und Ausdehnung der indolenten luetischen Lymphdrüsen erlangen.

2. Es ist die Einseitigkeit der Affektion ein nicht zu unterschätzendes Zeichen, das zu ungunsten der Diphtherie spricht; da die letztere sich nicht auf nur eine Mandel beschränkt, sondern sich über den ganzen Rachenhintergrund auszubreiten pflegt. Dann würden ferner die lange Dauer der Erkrankung, die Fieberlosigkeit, die verhältnismäßig geringen Beschwerden gegenüber den schweren Allgemeinerscheinungen bei echter Diphtherie, sowie die leichte Reinigung des Geschwürs für Tons.-Schanker sprechen, abgesehen von dem mikroskopischen Befund und den später auftretenden Sekundärerscheinungen.

Je nach den Veränderungen auf der Mandel könnte es sich auch fragen, ob exulcerierte Plaques oder Primäraffekt.

Vor allem würde bei exulcerierten Plaques wieder die starke Lymphadenitis der nächsten Umgebung allein in Wegfall kommen, ferner würden sich höchstwahrscheinlich noch andere Plaques auf der Schleimhaut des Rachens, Mundes oder der Lippen finden lassen, dann würde weiter der Substanzverlust der Schleimhaut ein bedeutend geringerer sein und keine solche Tiefe erreichen wie beim Tons.-Schanker. Induration des Grundes und der Ränder ist bei Plaques nicht vorhanden, auch nach der charakteristischen einseitigen Rötung des Rachens, wie sie eben beschrieben wurde, wird man vergeblich suchen. Weitere Aufklärung würde schließlich die Anamnese, auf die man jedoch nicht immer bauen kann, bringen und event. der Umstand, daß es gelingen würde, an einer anderen Stelle die Überreste der Initialsklerose nachzuweisen. Auch würde natürlich die Angabe, daß ein Exanthem schon bestanden habe, wesentlich mit zur Diagnose beitragen.

Mit exulcerierend. Gumma könnte der Pr.-Aff. der Tons. beim ersten Anblicke des tiefen kraterförmigen Geschwüres ebenfalls sehr leicht verwechselt werden. Aber auch hier wird eine genaue Betrachtung der ganzen Sachlage die Diagnose sicherstellen können. Die starke Lymphaden. submax. et cerriculis und die intensive einseitige Rachenrötung würden direkt gegen Gumma sprechen. Ferner der Beginn des Prozesses mit Schluckbeschwerden und die Schmerzhaftigkeit der Tonsillen auf Druck müssen bei dem sonst ganz schmerzlos verlaufenden Gumma auffallen. Ebenso würde die Induration fehlen, und die Anamnese und das Nichtauftreten von Sekundärerscheinungen werden zur Stellung der richtigen Diagnose verhelfen.

Bei der Differenzialdiagnose gegen weichen Schanker wäre vor allem natürlich die Beschaffenheit des Bodens und die Begrenzung der Wunde in Betracht zu ziehen, sowie der stark markierte Entzündungsprozeß der Schleimhaut. Die Lymphdrüsen würden, wenn angegriffen, schmerzhaft sein und eventuell vereitern. Gewöhnlich wird in diesem Fall nur eine Lymphdrüse angegriffen sein und sich in einen entzündlichen Bubo umwandeln.

Die Tuberkulose der Tons. kann ebenfalls große Schwierigkeiten bei der Differenzialdiagnose machen. Doch ist hierbei zu beachten, daß hier keine Induration weder des Grundes noch der Ränder vorhanden ist, daß ferner die Schmerzen, welche das Geschwür verursacht, sehr intensiv zu sein pflegen und daß besonders das Aussehen des Geschwürs dem Ulcus des harten Schankers gegenüber insofern verändert ist, als meistens an den Rändern des tuberk. Geschwüres miliare, perlgraue, halbdurchscheinende Knötchen zu finden sind. Gelingt es ferner, auf den Lungen ebenfalls TB.-Erscheinungen nachzuweisen, oder mikroskopisch in Geschwürspartikeln TB.-Bazillen zu finden, dann ist die Diagnose gesichert, ohne daß noch lange auf das eventuelle Auftreten von Sekundärerscheinungen gewartet werden muß.

Eine weitere schwere Erkrankung, die leicht zu tiefen Geschwürsbildungen, die der des T. Sch. sehr ähnlich sind, führt, ist der Krebs der Mandeln. Da bei dieser schweren Erkrankung hauptsächlich die der Wirbelsäule aufliegenden Drüsen anschwellen, so dürfte keine starke Lymphaden. subm. und cerriculis zu erwarten sein. Wäre dieselbe trotzdem vorhanden, so würde dieser Umstand natürlich für Pr.-Aff. der Tons. sprechen. Die Anamnese, das Alter des Patienten, das Verhalten des Geschwüres in bezug auf langsames Fortschreiten, leichtes Bluten desselben bei Berührung usw. geben wohl Anhaltspunkte genug, um zum mindesten eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose stellen zu können. Die wirkliche Entscheidung aber wird in solchen Fällen meist eine längere Beobachtung und besonders auch das Mikroskop bringen müssen.

Bei Sarkom der Tons. wird ebenfalls neben Beachtung der teilweise schon angeführten Punkte die längere klinische Beobachtung zur Feststellung etwaiger sekundärer Symptome und die mikroskopische Untersuchung den Ausschlag bei der Differentialdiagnose geben.

Nachdem nun so die differentialdiagnostisch wichtigsten Punkte erwähnt sind, werde ich jetzt die Zusammenstellung der mir aus der Literatur zugänglichen Fälle hier geben. Zuvor möchte ich aber erwähnen, daß ich hierbei nur die einzelnen Fälle, aber nicht die verschiedenen größeren oder kleineren Zusammenstellungen von Tons.-Sklerosen unter der Zahl der meinigen aufnehmen konnte, weil es mir sonst unmöglich gewesen wäre, zu vermeiden, daß manche Fälle 3 bis 4 mal verzeichnet worden wären, was natürlich dann die Richtigkeit der Tabelle sehr beeinträchtigt hätte.

Tabelle.

Nr.	Geschlecht m.	Geschlecht w.	Alter. Beschäftigung	Art der Infektion	Form und Sitz	Literatur	Bemerkungen
1	—	w.	—	Ehemann kurz vorher Schanker an der recht. Zungenhälfte gehabt.	L. Tons.	**Vidal,** Chancre de l'amygdale chez la femme, de la langue à droit chez le mari. Arch. f. D. u. S. 1889. XXI. S. 881.	Schwellung der linken Submaxillardrüse.
2	—	w.	—	Bei der Pflege eines syphil. Kindes	R. Tons. Mit tiefem, scharf geschnittenem speckig belegtem Ulcus.	**Buchholz,** Primärt syphilitisk mandelsaav. Tiddschrift for prakt. Med. Arch. f. D. u. S. 1891. XXIII. S. 325.	
3	m.	—	—	—	Tons.	**Pawlow,** Ueber extragen. Syphilisinf. Arch. f. D. u. S. 1891. XXIII. S. 324.	
4	m.	—	—	—	Tons.	Dass.	
5	—	w.	—	—	Tons.	Dass.	
6	m.	—	—	Wahrscheinl. durch Kuß oder Eßgeräte.	R. Tons.	**Rona,** Prim. Ulcus d. rechten Tons. Pest. med. chir. Presse 27. 4. 1889. Arch. f. D. u. S. 1892. XXIII. S. 784.	Mutter luetisch.
7	m.	—	28 Jahre. Schuhmacher	—	L. Tons. Tiefes schmieriges indurierten der Uvula zugekehrtes Geschwür.	**Jadassohn,** Primäraffekt an der Tonsille. Verhandlungen d. schlesischen Gesellschaft für vaterländische Kultur. Arch. f. D. u. S. 1891. XXIII. S. 784.	Sekundärerscheinungen.
8	—	—	—	Wahrscheinl. durch Küssen.	Tons.	**Peter,** Ueber extragen. Syph. Infekt. Verhandlungen d. Berl. dermat. Vereinigung.	
9	—	w.	—	—	Tons.	**Morell-Lavallée,** Zusammenstellung extragen. Schanker a. d. Klinik Fourniers. Ann. de Derm. et de Syph. 1888 vol. IX. 6.	

10	m.	—	—	—	Rechte Tons. Ulcus indurat.	**Petersen,** Ueber extragen. Syph.-Infekt. Arch. f. D. u. S. 1888 S. XX.. 642.	RechteSubmaxillardrüsen stark geschwollen. Ebenso Halsdrüsen. Roseola.
11	m.	—	–	Auf widernatürl. Wege	L. Tons.	**Reynolds,** On a cas of syph. eruption with chancre of the tonsil. Phil.Med.Times 1.3.1888. Nr.528. Arch. f. D. u. S. 1888. XX. S. 642.	Stark geschwollene Drüsen am linken Kieferwinkel. Exanthem.
12	–	—	–	—	Tons.	**Bielousow,** Die extragen. syph. Primäraffekte. Med. Rundschau 1887 (russisch). Arch. f. D. u. S. 1888. XII. S. 449.	
13	—	—	—	—	Tons.	Dass.	
14	—	—	–	—	Tons.	Dass.	
15	m.	—	—	Wohnt bei seinem Vater, der eine Wunde an der Lippe hat.	R. Tons. Fast in toto in Geschwür umgewandelt. Ränder zackig, induriert, Grund speck., gelblich belegt.	**Gold** (Odessa), 6 Fälle v. extragenitaler Syph.-Infekt. Arch. f. D. u. S. B. XXV. S. 791.	Submax-Drüsen rechts geschwollen, indolent. Auch links leichte Drüsenschwellung. Papulo-pustulöses Syphilid. Adenosklerosis univers.
16	m.	—	—	Nach Souper mit syph. Dame	Tons.	**Hiort,** Extragenit. Primäraffektionen. Monatsh. f. pr. Derm. 1891 S. 83.	
17	—	w.	30 Jahre.	—	R. Tons.	**Grimm,** Verhandlungen der Berliner dermatolog. Vereinig. 8.5.1894.	Syph. Exanthem.
18	—	—	-	—	R. Tons.	**Schütte,** Verhandlungen der Berliner dermatol. Vereinig. 8. 5. 1894.	Zuerst für Tuberkulose dann für Sarkom gehalten. Von Prof. Lassar als Pr.-Aff. diagn. Maligner Verlauf. Sollte zuerst wegen Sarkom d. rechten Submax.-Drüsen oper. werden.
19	—	w.	32 Jahre. Handarbeiterin	—	R. Tons. Zugleich typ. Prim.-Aff. des linken lab. maj.	**Lang,** Verhandlungen d. Wiener Dermatolog. Gesellsch. 17. 10. 1894.	Kommt zur Infiltration und Perforat. d. weichen Gaumens im recentem Stad. der Syphilis nach 4 Wochen.

Nr.	Geschlecht m.	Geschlecht w.	Alter. Beschäftigung	Art der Infektion	Form und Sitz	Literatur	Bemerkungen
20	—	—	—	—	Tons.	**Lassar,** Verhandlungen d. Berliner Dermatolog. Vereinigung. S. 5. 1894.	Trotz Lassars Diagnose als Lymphosarkom behandelt, operiert, exitus letalis.
21	—	w.	59 Jahre	Durch Guttaperchamundstück d. Saugflasche eines adopt. hereditär luet. Kindes.	R. Tons.	**Spillmann,** Schanker d. Tonsillen u. Mundhöhle. Arch. f. D. u. S. 1879. B. IX. S. 634.	Seit 14 Tagen Schlingbeschwerden. Schwellung der rechten Subm.-Drüsen. Roseola.
22	—	w.	28 Jahre Stubenmädchen verheir.	Ihre Dienstgenossin (eine Köchin) litt an Syphilis.	L. Tons. mit grauweißem Belag, Gaumensegel und Tons. gerötet.	**Schirajew,** Harter Schanker an d. Tons. Petersburg. med. Wochenschr. Arch. f. D. u. S. 1881. XIII. S. 122.	Linksseitige indolente Drüsenschwellung. Unter Fieber tritt makulo-pap. Exanth. auf. Der Belag d. Tonsillen weicht einem Geschwür mit induriertem Grunde.
23	—	w.	—	Durch ihr luetisches Kind.	L. Tons.	Dass.	Zuerst als Diphtherit. angesehen. Exanthem.
24	—	w.	21 Jahr	—	Tons.	**Boeck,** 4 Fälle von syph. Infektion durch die Tons. Tidskrift for prakt. M. Nr. 13. 1883. Arch. f. D. u. S. 1883. XV. S. 646.	Boeck weist auf die Wichtigkeit der persistenten Drüsenschwellung im Ang. max. und das oft diphtherieverdächtige Aussehen der erkrankten Partie in einem Falle hin.
25	m.	—	42 Jahre. Fabrikarb.	—	Tons.	Dass.	
26	—	w.	20 Jahre. Dienstmagd.	Durch Kinder, die sie warten mußte. Wahrscheinl. durch Küsse.	Tons.	Dass.	
27	m.	—	35 Jahre. Schiffsführer.	In England angesteckt.	Tons.	Dass.	
28	—	w.	19 Jahre. Dienstmgd.	Wartung e. heredit. syphilit. Kindes.	R. Tons. Zwei excoriierte Stellen,	**Boeck,** Noch drei weitere Fälle von	Starke Anschwellung der Submaxillardrüsen. Linke Tons.

					nach 13 Tagen e. weißl. Fleck, der sich erweit. Nach weiteren 3 Tagen in der Mitte erbsengr. Ulcus.	syphilitischer Infektion der Tonsillen. Tidskrift for prakt. Med. Arch. f. D. u. S. 1886. XVIII. S. 130	ebenfalls stark geschwollen. Nach 3 Woch. Erythema nodos. d. Oberschenkel. 8 Tage später mak.-pap. Syph. 2. Erupt. von pap. Exanth. beid. Oberschenk. Defluv. cap.
29	—	w.	14 Jahre.	—	L. Tons.	Dass.	Sekundärerscheinungen.
30	—	w.	24 Jahre. Näherin.	Hat das Trinkgeschirr einer syph. Person mitbenutzt.	R. und L. Tons.	Dass.	Starke Schluckbeschwerden. Beide Tons. stark geschwollen. Beiderseits große weißliche Geschwüre von diphther. Aussehen. Exanthem. Schwerer Verlauf.
31	m.	—	24 Jahre. Bauernsohn		L. Tons. zeigt nach 10 Tagen klein. Substanzverlust. Linke und rechte Tons. zeigten weißen Belag.	**Graarud,** 3 Tilfaelde of syphilitisk Infektion gjenen Tons. Arch. f. D. u. S. 1887. XIX. S. 384.	Diphtherie diagnost. bis papul. Syphilid. erschien.
32	w.	—	35 Jahre. Bauerntochter (Schwester des Obigen	Durch Eßgerät und Trinkgeschirr ihres Bruders.	Linke Tons. 2 Ulcerationen mit diphtherischem Belag.	Dass.	
33	m.	—	80 Jahre. Bauer. Vater der beidenobensteh. Fälle	Durch Eßgerät und Trinkgeschirr.	Tons.	Dass.	
34	m.	—	34 Jahre. Kaufmann.	—	R. Tons. Ulcus durum.	**Petersen,** Ueber extragen. Syph. Infektion Arch. f. D. u. S. 1887, XIX. S. 384.	syph. Erscheinungen.
35	—	—	—	—	Tons.	**Malm,** Arch. f. D. u. Syph. 1887. B. XIX. S. 384.	
36	–	—	—	—	Tons.	Dass.	
37	m.	—	42 Jahre.	—	L. Tons.	**Rabitsch,** Berliner klin. Wochenschr. 1887 S. 306.	Starke gleichseit. Submaxillardrüsenschwellung. Sekundärsymptome.

Nr.	Geschlecht m.	Geschlecht w.	Alter. Beschäftigung	Art der Infektion	Form und Sitz	Literatur	Bemerkungen
38	m.	—	cand. med.	Durch Trinkhorn, aus welchem vor ihm ein syph. alter Herr getrunken hatte, der ein Geschwür an der Lippe hatte.	Tons.	**Röpke,** Deutsche med. Wochenschrift. Nr. 4 1905 S. 179	Halsdrüsenschwellung Exanthem.
39	m.	—	24 Jahre. Soldat.	—	R. Tons. Vergrössert, indurierte Exulceration.	**Lindström,** 6 Fälle von extragen. Syph.-Infekt. Militärärztliche Zeitung 1889 (russisch) Arch. f. D. u. S. 1890 XX S. 696	
40	m.	—	11 Jahre.	—	R. Tons. Vergrößerung derselben induriert. Exculeration.	Dass.	
41	—	w.	21 Jahre. Ladenmädchen.	—	R. u. L. Tons. Linke Tons. vollständig zerfallen, kraterförmig. Geschwür mit speckig. Grunde, steile Ränder.	**von Broich,** Über extragen. Syph.-Inf. Arch. f. D. u. S. 1890. XXII. S. 497.	Sekundärerscheinungen, sämtliche Drüsen geschwollen.
42	—	—	—	—	Tons.	**Bulkley-Duncan,** Unusual methods of acquiring Syph. Arch. f. D. u. S. 1889. XXI. S. 421.	
43	—	—	—	—	Tons.	Dass.	
44	—	—	—	—	Tons.	Dass.	
45	—	—	—	—	Tons.	Dass.	
46	—	—	—	—	Tons.	Dass.	
47	—	—	—	—	Tons.	Dass.	

48	m.	—	10 Jahre.	Wahrscheinlich durch Trink- oder Eßgeschirre.	R. u. L. Tons.	**Heisler,** Zwei neue Fälle von syph. extragen. Inf. Arch. f. D. u. S. 1892. XXIV. S. 154.	Starke Schwellung des Arcus palatoglossus u. palatopharyngeus. Roseola. 2 Papeln am Penis, ebenso am After Plaques muq. der Ober- und Unterlippe.
49	—	—	—	—	Tons.	Dass.	
50	—	w.	38 Jahre.	—	L. Tons. Exulceriert, zerklüftet mit grauem Belage.	**Rille,** Verhandlungen der Wiener dermatologischen Gesellschaft 6. 3. 1895.	Submaxillar- u. Iugulardrüsen links, faustgroß, sehr derb. Makul.-pap. Syphilid.
51	m.	—	25 Jahre. Kaufmann.	–	L. Tons. rundes, kraterförmiges Geschwür mit scharfen zackigen Rändern. Grund speckig belegt. Grund und Ränder induriert.	**Bloch,** Über extragen. Syph.-Inf. Arch. f. D. u. S. IXL. S. 91.	Makul.-pap. Exanthem Lymphdrüsen namentlich Submax.-Drüsen stark geschwellt, hart.
52	—	w.	24 Jahre. Lackierersfrau.	—	L. Tons. kraterförmiges Geschwür, Ränder und Grund induriert.	Dass.	Seit 3 Wochen Halsschmerzen. Fleckensyphilid.
53	—	w.	24 Jahre. Steinbrechersgattin.	Hat luetisches Kind in Pflege. Nährt dasselbe mit dem Löffel u. verkostet immer zuerst von den Speisen, bevor sie dieselben dem Kinde gibt.	L. Tons. speckig, belegtes kreuzergroß. Geschwür. Vorderrand induriert.	Dass.	Seit 4 Wochen Halsschmerzen. Drüsen unter linkem Proc. mast. zu nußgroßem Tumor geschwellt. Makul. Syph.
54	m.	—	14 Jahre. Student.	—	R. Tons. ?	**Schwimmer,** Prim. syph. Mandelgeschwür. Verh. d. Vereins ungar. Dermat. u. Urologen. 19. 11. 1896. Arch. f. D. u. S. B. XL. S. 357.	Dieser Fall zweifelhaft, da auch ein typisches Geschwür an der rechten Seite des Septinarium bestand, welches das primäre gewesen sein kann.
55	—	w.	kleines Mädchen.	Von syph. Bruder.	Tons.	**Vajda,** Verh. d. Vereins ungar. Dermat. u. Urologen. 19. 11. 1896. Arch. f. D. u. S. B. XL. S. 358.	

Nr.	Geschlecht m.	Geschlecht w.	Alter. Beschäftigung	Art der Infektion	Form und Sitz	Literatur	Bemerkungen
56	m.	—	Techniker.	Cunnilinguus.	Tons.	**Weiner** Verh. d. Vereins ung. Dermat. u. Urolog. 19. 11. 1896.	
57	—	w.	40 Jahre.	—	R. Tons.	**Münchheimer,** Arch. f. D. u. S. XL. S. 194.	Sek.-Syphilid. Vorher war Tonsillotomie gemacht.
58	—	w.	12 Jahre.	—	R. Tons.	**Ledermann,** Verh. der Berliner dermat. Gesellschaft. Arch. f. D. u. S. B. XLI. S. 90.	
59	—	w.	21 Jahre. Dienstmagd. Virgo intakta.	—	R. Tons.	**Neumann,** Verh. d. Wiener dermatolog. Gesellschaft. Arch. f. D. u. S. LII 1900. p. 114.	Am rechten Unterkieferwinkel apfelgroßes Paket von Drüsen, Cerrikaldrüsen rechts bohnengroß, links leicht geschwellt. Makul.-pap. Syphilid.
60	m.	—	Mediziner.	Bei Wiederbelebungsversuch. eines neugeborenen scheintoten, luetischen Kindes. Wollte Luft in die Lungen blasen und berührt mit seinem Munde den des Kindes.	Tons.	**Wigglesworth,** Wiener klin. Wochenschrift 1890 S. 308.	
61	m.	—	21 Jahre. Matrose.	—	L. Tons. Einmarkstückgroßes Ulcus.	**C. T. Hansen,** Dermat. Zeitschrift. VIII. 1901. S. 314.	Seit 3 Wochen Schluckbeschwerden. Vor linkem Sternokleidomastoichus hühnereigroße harte, indolente Geschwulst. Makul.-pap. Syphilid. Papeln an Skrotum u. Haarboden leichte univ. Adenitis.

62	m.	—	14 Jahre.	—	Nässende Papeln an Tonsillen in Gaumenbögen, Mundschleimhaut, ad anum.	**Neumann,** Dermat. Zeitschrift. V. 1898. S. 823.	Tonsillen als wahrscheinliche Eingangspforten zu betrachten, da Hals- u. Unterkieferdrüsen multipel über Walnußgröße, die übrigen Drüsen nur wenig vergrößert sind.
63	—	w.	Prostituierte.	—	Tons.	**Dr. Eduard Richter,** Zur Prophylaxe der geschlechtlichen Krankheiten. Dermatol. Centralblatt.	
64	—	—	48 Jahre.	—	R. Tons.	**Tschistiakof,** Annal. der Dermatologie 1900 S. 252.	Seit 3 Wochen Halsbeschwerd. Schwellung d. rechtsseitigen Halsdrüsen. Wurden zuerst inzidiert. Sekundärerscheinungen.
65	—	w.	Falzerin.	Immissio penis in os.	R. Tons. Einpfennigstückgroßes speckig aussehendes Geschwür.	**von Zander,** Charitée Annalen 1899.	R. Tons., R. Gaumenbogen u. rechte Seite d. velum palatin. intensiv gerötet. Induration d. rechten Tons. Nach 3 Wochen Roseola, Condylomata lata ad anum.
66	m.	—	27 Jahre. Kaufmann.	—	R. Tonsille. Narben.	**Moses,** Inaugural-Dissertat. Leipzig 1904.	Im Sek.-Stadium weiße Narben auf d. rechten Tonsille. R. Submax.-Drüsen geschwollen, zurzeit pap. Exanthem.
67	—	w.	11 Jahre.	Durch Eß- u. Trinkgeräte.	L. Tons. speckig belegtes Ulcus von Bohnengröße.	Dass.	Submaxillardrüsen links stark geschwollen. Roseola, spez. Haarausfall. Condylom. lata ad anum.
68	m.	—	22 Jahre. Möbelpolierer.	—	R. Tons.	**Stiebel,** Dissertat. Würzburg 1895.	R. Submax.-Drüsen stark geschwollen. Roseola.
69	—	w.	15 Jahre.	-	R. Tons. Fünfzigpfennigstückgroßes Ulcus.	Dass.	R. Submaxillardrüsen faustgroß geschwollen. Condylomata lata femoris. Roseola.
70	—	w.	22 Jahre.	–	Tons.	Dass.	Lymphaden. et Roseola totius corporis papul. Exanthem Psoriasis luetica.

Nr.	Geschlecht m.	Geschlecht w.	Alter. Beschäftigung	Art der Infektion	Form und Sitz	Literatur	Bemerkungen
71	m.	—	28 Jahre. Kaufmann.	—	L. Tons. tiefes kraterförmiges, mit pseudodiphtherisch. Membran belegtes Geschwür.	**Witte,** Dissertat. Berlin. 1903.	Unter dem linken Kieferwinkel stark geschwollene Drüsen.
72	m.	—	32 Jahre. Arzt.	—	L. Tons. Narbe.	Dass.	Halsdrüsen geschwollen. Ausgedehntes Exanthem.
73	m.	—	34 Jahre. Mühlenbauer.	—	R. Tons. Fünfpfennigstückgroß. Geschwür mit wallartigen Rändern, leicht sklerosiert.	Dass.	Drüsenschwellung beider Halsseiten, bes. aber der rechten Cervikal-, Cubital-, Inquinaldrüsen. Ang. spec. pap. Exanthem.
74	—	w.	6 Jahre. Schutzmannstochter.	Vater syphilitisch.	R. Tons. kraterförmiges ausgehöhlt, schmutzigweiß belegt.	Dass.	Halsdrüsen seit 2 Monaten geschwollen. Ulcerierte Papeln der Gaumenbögen u. d. Uvula Papeln auf der Zunge. Condylomata lata ad anum.
75	—	w.	28 Jahre. Frau.	Benutzt das Zahnpulver ihres syphilit. Neffen.	Tons.	**Stiebel,** Dissertat. Würzburg. Nach Knight. 1895.	
76	—	w.	9 Jahre.	Wahrscheinlich durch Amme.	Tons. weiße Flecken im Halse.	**Friedmann,** Dissertat. Heidelberg. 1902.	Zuerst f. Diphtherie angesehen. Exanthem, Drüsenschwellung. Geschwister erkranken auf die nämliche Weise.
77	—	w.	23 Jahre. Näherin.	—	L. Tons. Ulcus v. Fünfzigcentimes-Größe induriert.	**Arzlau,** Journ. de malad. cutan. et syph. 1898 S. 498.	Linksseitige Halsdrüsenschwellung. Vorher Tonsillotomie gemacht.
78	—	—	—	—	Tons.	**Petersen,** St. Petersburger med. Wochenschrift. Arch. f. D. u. S. B. XXXII. S. 305.	

79	—	w.	16 Jahre.	—	Tons.	**Bauer,** Wiener derm. Ges. 11. 3. 1896. Moses, Dissertat. Leipzig 1904.	
80	—	—	—	—	Tons.	**Bayer,** Soc. Belg. d'otolog. et de laryng. Moses, Dissertat. Leipzig.	
81	—	—	—	—	Tons.	**Boscher,** Moses, Dissert. Leipzig 1904.	
82	—	—	—	—	Tons.	**Gottheyl,** Moses, Dissert. Leipzig 1904.	Lange nicht diagnostiziert.
83	—	w.	19 Jahre.	Durch Saugen an den Brustwarzen einer luetischen Mutter behufs Vorbereitung z. Stillen.	R. u. L. Tons.	**Jullien,** Gaz. med. di Tor. 1897. Moses, Dissertat. Leipzig 1904.	
84	—	w.	17 Jahre.	Durch Saugen an den Brüsten der Cousine behufs Vorbereitung z. Stillen (das Kind d. Mutter hatte ebenfalls syph. Plaques am Mund.	R. u. L. Tons. Ränder induriert.	**Juilien,** Annal. de Dermat. Nr. 3 März 1897. Moses, Dissertat. Leipzig 1904.	Roseola, sämtliche Hals- und Unterkieferdrüsen geschwollen.
85	—	—	—	—	Tons.	**Kelson,** British. med. Jour. 26. 10. 01. Moses, Dissertat. Leipzig 1904.	Nach Tonsillotomie.
86	m.	—	—	Durch Küssen.	Tons.	**Sherwell,** Moses, Dissertat. Leipzig 1904.	
87	m.	—	—	Durch Eßgeräte.	Tons.	**Schelmire,** Amer. Jour. of Derm. ect. 1902 Nr. 1. Moses, Dissert. Leipzig 1904.	
88	m.	—	—	Seine Geliebte hatte die Gewohnheit, ihm die Zunge in den Mund zu stecken und darin verweilen zu lassen.	Tons.	Dass.	

Nr.	Geschlecht m.	Geschlecht w.	Alter. Beschäftigung	Art der Infektion	Form und Sitz	Literatur	Bemerkungen
89	—	—	18 Jahre.	—	Tons.	**Schwimmer,** Verh. d. ungar. Dermat. 5. 12. 95. Moses, Dissert. Leipzig 1904.	
90	—	w.	28 Jahre.	—	R. Tons.	**Spiegler,** Wien. derm. Ges. 4. 3. 02. Moses, Dissert. Leipzig 1904.	Makulo-papul. Syph. Psoriasis palmaris et plantaris.
91	—	w.	—	—	L. Tons.	**Löwenbach,** Wiener derm. Ges. 4. 3. 02.	
92	—	—	—	—	Tons.	**Blok,** Berl. klin. Wochenschrift 1897 Nr. 49.	
93	m.	—	27 Jahre. Glasbläser.	Arbeitet an der Glaspfeife eines syph. Kameraden.	R. u. L. Tons. Beide Tons. zerklüftet, mäßig gerötet; rechte hypertrophiert. An einzelnen Stellen graue Verfärbung.	**Eysel,** Dissertat. Göttingen 1896.	Anfangs Schluckbeschwerden, Frost- u. Hitzegefühl. Zuerst als Angina behandelt. Nach 1 Monat Exanthem. Lymphdrüsenschwellung bes. am rechten Kieferwinkel und rechter Halsseite. Ebenso Supraklarikulardrüsen geschwollen.
94	m.	—	27 Jahre. Glasbläser.	Wie vorstehend.	L. Tons. Linsengroßes scharf begrenztes Geschwür m. steilen Rändern und speckigem Grunde.	Dass.	Beginn wie bei vorhergehendem. Starke Drüsenschwellung bes. Kieferwinkel u. Cerrikaldrüsen. Exanthem.
95	m.	—	41 Jahre. Glasbläser.	Wie vorstehend.	L. Tons. Zwanzigpfennigstückgroßes, ovales Geschwür mit speckig weißem Grunde.	Dass.	Schluckbeschwerden, Mattigkeitsgefühl. Drüsenschwellung am l. Kieferwinkel bis Walnußgröße ausgedehnte Cerrikaldrüsenschwellung. Exanthem.
96	—	w.	20 Jahre. Kaufmannstochter.	Durch syphil. Bräutigam (Küssen, nimmt dessen Zigarre in den Mund).	R. Tons.	**Rona,** Extragenitale Syph.-Inf. mit Rücksicht auf die heimischen Verhältnisse. Pester med. chir. Presse 1891/6.	Zuerst als Angine behandelt. Drüsengeschwulst unter dem rechten Kieferwinkel. Exanthem.

97	—	w.	—	Durch syph. Schwester.	Tons.	Dass.	
98	—	w.	Krankenwärterin.	Durch syph. Kranke (Kuß).	Tons.	Dass.	
99	—	w.	2 Jahre.	Durch die Mutter.	Tons.	Dass.	
100	—	w.	4 Jahre.	Wie vorstehend.	Tons.	Dass.	
101	—	w.	1 Jahr.	Kuß ein. luetischen Dienstboten.	Tons.	**Rona,** Pester med. chir. Presse 1891/6.	
102	m.	—	Beamter.	—	Tons.	Dass.	
103	m.	—	6 Jahre.	Kuß der Mutter oder Eßgeräte.	Tons.	Dass.	
104	m.	—	—	—	Tons.	**Fournier,** Rf. Nivet, Thèse de Paris 1884.	Wurde zuerst als häutige Bräune behandelt. Roseola, Halsdrüsenschwellung.
105	—	w.	—	—	L. Tons. Narbe, ausgesprochen Induration u. Vergrößerung d. l. Tons.	**Nivet,** Thèse de Paris 1884 S. 36.	Außerdem Ulcera mollia an den Genitalien.
106	—	—	—	Durch Kuß.	L. Tons. Ulc. v. Fünfzigcentimesgröße, induriert, scharf. Rändern, gelblichweiß belegtem Grunde.	**Nivet,** Thèse de Paris 1884 S. 37.	Submaxillardrüsen geschwoll., hart und indolent. Sekundäreruptionen.
107	—	w.	28 Jahre. Krankenwärterin	—	R. Tons.	**Grigorow,** Protokolle d. Ärzte d. Mjaznitzkyschen Krankenhauses in Moskau (russisch) Oktbr. 1880.	Syph. cutan papul.
108	m.	—	35 Jahre.	wahrscheinlich d. Katheterisation d. Tuba Eustachii.	R. Tons.	**Hardy,** Erupt. syphil. en forme rare consecutive à un chancre amygdalien. Gaz. des hôpit 1878.	
109	m.	—	28 Jahre. Polizeibeamter.	Wohnte mit einem Syphilitiker zusammen.	L. Tons.	**Petnik,** Ein Fall von syph. Schanker d. Tonsille.	Adenitis submax et. cervicalis. Roseola syph.
110	m	—	-	perverser Coitus.	L. Tons.	**Meric,** Viktor de Brit. med. Journ. 1874. Jan. 24.	Syph. Erscheinungen.

Nr.	Geschlecht m.	Geschlecht w.	Alter. Beschäftigung	Art der Infektion	Form und Sitz	Literatur	Bemerkungen
111	—	w.	64 Jahre. Journalist.	—	L. Tons. Tiefe Ulceration, zerklüfteter Grund, Umgebung induriert.	**Merklen,** Chancre de l'amygdale ayant simulé un epithelioma chez une femme de 64 aus. Annales d. derm. et syphil. 1881 S. 673—767.	Aden. submax. sin. pap. Syph. d. Handtellers u. Abdomens.
112	—	w.	erwachsene Frau.	—	R. Tons	**Polotebnow,** Protokolle d. russ. syph. und derm. Ges. 1885. 30 Nov. (russ.)	Aden. cervical. Roseola syph.
113	m.	—	—	—	R. u. L. Tons.	**Rizat,** Ann. de derm. et. de Syph. 1885. S. 115.	
114	—	w.	—	Bei der Pflege eines luet. Kindes.	R. u. L. Tons.	**Rollet,** Traité des maladies veneriennes.	
115	—	—	—	Katheterisation der Tuba Eustachii.	Tons.	**Leweke,** Russkaja Medicina 1886. Nr. 42.	
116	—	—	—	Dass.	Tons.	Dass.	
117	m.	—	—	Durch Küssen eines luetischen Kindes.	Tons.	**Stukowenkof,** Protokoll. d. Sitzung Kiewscher Aerzte 1884, 25. März.	
118	—	w.	22 Jahre. Frau.	e. coitu per os.	L. Tons.	**Taylor,** Chancre of the tonsil. New-York. Med. Journ. 1884. Rf. Ann. de derm. et. de Syph. 1885. S. 115—116.	
119	—	—	9 Jahre.	Durch Manipul., die ein Unbekannter an dem Kinde vorgenommen.	L. Tons.	Dass.	

120	m.	—	—	Widernatürlicher Coitus mit einer Frau, welche ebenfalls Prim.-Affekt d. Tonsillen m. nachfolgenden luet. Erscheinungen gehabt hatte.	Tons.	Dass.	
121	m.	—	—	Infolge Manipulationen an den Geschlechtsteilen einer Frau.	Tons.	**Taylor,** Chancre of the tonsil New-York. Med. Journal 1884. Rf. Ann. de Derm. et de Syph. 1885.	
122	—	w.	15½ Jahre. Virgo intakta	—	L. Tons.	**Tomaschewsky,** Russkaya Medicin 1885.	Roseola. Hautsyphilid.
123	—	w.	15½ Jahre. Virgo intakta	—	R. Tons. Knorpelhart. An der vorderen inner. Fläche Ulc. v. Einpfenniggröße mit grauem Belag.	**Tomaschewsky,** Wiener med. Presse 1886 Nr. 30, 31, 33, 35, 36.	Rechtsseitigen Hals- und Kinnlympfdrüsen vergrößert, von harter, elastisch-knorpeliger Konsistenz. Inquinaldrüsen leicht geschwellt. Einzelne Papeln der Mundschleimhaut. Roseola.
124	m.	—	25 Jahre. Kanonier	—	R. Tons. Stark geschwollen. Am hinteren Rande d. inn. Oberfläche nach der unteren Grenze eine nicht große längliche Wunde mit graugelbem Belag. Induration.	Dass.	R. Submax.- u. Cervikaldrüsen stark geschwollen, hart, knorpelig, indolent. Roseola maculata.
125	m.	—	25 Jahre Krankenaufseher.	—	L. Tons. bedeutend vergrößert, von elastisch, knorpel. Konsistenz, indolent.	Dass.	Schluckbeschwerden. Linke Hals- u. Submax.-Drüsen stark, rechte nur leicht geschwollen. Inquinaldrüsen beiderseits vergrößert, von knorpelig elast. Konsistenz. Luet. Sekundärerscheinungen.
126	m.	—	28 Jahre.	Einführung d. Zunge einer Frau in den Mund des Mannes als Liebkosung.	R. Tons.	**Tschistiakow,** Protokoll der russ. Ges. für Dermat. u. Syph. 1885/6.	Aden. submax. et cervic. Roseola syph.

Nr.	Geschlecht m.	Geschlecht w.	Alter. Beschäftigung	Art der Infektion	Form und Sitz	Literatur	Bemerkungen
127	—	—	—	—	R. Tons.	**Tur. M.,** Zur Frage von Rupia syph. Rußkaja Medicin. 1885 Nr. 39.	Rupia syph. u. Skorbut.
128	—	—	—	—	R. Tons.	Dass.	Das.
129	—	—	7 Jahre. Kind	Von der luet. Mutter infiziert.	R. Tons.	**Viennois,** Thèse de Paris 1860. Rf. Szadek.	Syphilid.
130	—	—	—	—	Tons.	**Bogolubow,** Med. Beilagen zum Marinejournal 1885 Nr. III u. IV.	
131	—	—	—	—	L. Tons.	**Ivanyi,** Berl. klin. Wochenschr. 1901 Nr. 21.	
132	m.	—	46 Jahre. Fuhrmann.	—	R. Tons. tief exulceriert.	**Colombini,** Über das Verhalten der Milz bei erworbener Syph. Arch. f. Derm. u. Syph. B. 51 S. 180.	Skleradenitis cervic. lat. dext. Syphilidoderma - papulo - erythematosum - Skleraden. universalis.
133	m.	—	25 Jahre. Kaufmann.	—	R. Tons. Fast vollständig ulceriert.	**Glauert,** Berl. klin. Wochenschrift 1882 Nr. 49.	Breitet sich bis auf die Rückfläche des weichen Gaumens aus. Heilung durch Schmierkur.
134	m.	—	17 Jahre. Schuster.	hat luet. Schwester. Wahrscheinl. durch Eßgeräte infiziert.	R. Tons. Ulcus mit grauweißem Belag.	**Doktoroff.** Thèse de Nancy 1900. Prof. Spillmann.	Schluckbeschwerden. Ins Ohr ausstrahlende Schmerzen. Roseola tot. corporis.
135	—	w.	27 Jahre. Offiziersgattin	Von ihrem luetisch. Manne angesteckt.	R. Tons. Erosion. Von Einfranksgröße m. grauem Belag.	Dass. Spillmann.	Schluckbeschwerden. Anfangs als Angina simlex behandelt. Sek. Erscheinungen.
136	m.	—	18 Jahre. Zeichner.	Durch Kauen und Saugen an einem Bleistifte.	L. Tons.	Dass. Lavallée.	Schluckbeschwerden. Hinter d. linken Unterkiefer Drüsenschwellung. Roseola.
137	m.	—	16 Jahre. Kellner.	Durch Saugen an den Brüsten seiner syph. Geliebten.	R. Tons. indur. Ulcus. Beide Tonsillen stark geschwollen.	Dass. Compaired Madrid.	Schluckbeschwerden. Drüsenschwellung der Hals- u. Cervikaldrüsen. Sklerose auch an der Commissur der beiden link. Gaumenbogen.

138	—	w.	18 Jahre. Näherin.	Küssen des Geliebten.	L. Tons. Ulc. indurat.	Dass. Compaired Madrid.	Linke Submax- und Cervikal-Drüsenschwellung.
139	—	w.	22 Jahre. Modistin.	Trinken aus einem Glas Wasser.	L. Tons. Ulc. indurat.	Dass. Compaired Madrid.	—
140	m.	—	19 Jahre. Kunsttischler.	—	L. Tons. Ulc. indurat. Umgebung ebenfalls induriert.	Dass. Compaired Madrid.	Leichte Fieber. Schluckbeschwerden. Schwellung der Halsdrüsen. Roseola. Onychiasyph.
141	—	w.	17 Jahre. Kinderwärterin.	Küssen. Hat die Gewohnheit, an der Zunge ihres Schützlings zu saugen.	R. Tons.	Dass. Compaired.	Plaq. muqueuses am Zäpfchen Wangenschleimhaut u. Lippen. Schluckbeschwerden, ins rechte Ohr ausstrahlender Schmerz.
142	—	w.	23 Jahre. Modistin.	Durch ein Glas Wasser.	L. Tons. u. linker Zungenrücken je ein luet. Schanker.	Dass. Compaired Madrid.	Roseola. Zäpfchen angegriffen. Plag. muqueuses der Lippen u. Wangenschleimhaut.
143	m.	—	21 Jahre. Soldat.	Kuß.	R. Tons. Ulc. indurat. Ebenso Umgebung induriert.	Dass. Compaired Madrid.	Plaq. muq. der Mundschleimhaut und des Schlundes.
144	m.	—	16 Jahre. Gipser.	Von Prostituierten acquiriert.	L. Tons.	Dass. Compaired Madrid.	Schluckbeschwerden. Starke linksseitige Halsdrüsenschwellung. Plaq. muq. der Lippen.
145	m.	—	19 Jahre. Schuster.	—	R. Tons. Ulcus indurat. Größe ein. Fünfzigcentimesst. Indurat d. ganzen Tons.	Dass. Renaud.	Halsbeschwerden. Starke rechtsseitige Submax.-Drüsenschwellung. Plaq. muq. Roseola.
146	m.	—	—	—	L. Tons. Induriert.	Dass. Etienne.	Bild einer schweren Angina. Linke Submax.-Drüsen sehr stark geschwollen. Roseola.
147	m.	—	—	Durch seine luet. Frau.	R. Tons. kraterförm. Ulceration mit belegtem Grunde, ein ulceriertes Gumma vortäuschend.	Dass. Dieulafoy.	Im Beginne schwere fieberhafte Erscheinungn. Zuerst Gumma diagnostiziert. Makulo-papul. Syphilid. Starke rechtsseitige schmerzhafte Drüsenschwellung.
148	m.	—	Schutzmann.	—	R. Tons. Ulc. indurat.	Dass. Dieulafoy.	Starke Schluckbeschwerden, Fieber-Fröste. Starke, rechtsseitige indolente Sub- und Retromax.-Drüsenschwellung. Roseola. Plaq. muqu.

Nr.	Geschlecht m.	Geschlecht w.	Alter. Beschäftigung	Art der Infektion	Form und Sitz	Literatur	Bemerkungen
149	—	w.	25 Jahre.	—	R. Tons. Ulcus mit gezackten indurierten Rändern. Grund weißlich belegt.	**Doktoroff,** Thèse de Nancy 1900. Michel.	Schluckbeschwerden, Fieber, Schlaflosigkeit, Schwächezustand. Drüsen der rechten Halsseite stark geschwollen, schmerzhaft. Roseola. Plaq. muqu.
150	—	w.	40 Jahre.	Durch luetische Schwester.	R. Tons. Ulc. mit unregelmäßig. Grund, Tons. induriert.	Dass. Trions.	Submax.- und Cervikaldrüsen geschwollen, indolent. Sekundärerscheinungen.
151	—	w.	22 Jahre. Dienstmagd.	—	L. Tons. rundliches mit weißem Belag bedecktes Ulcus mit knorpelähnlicher Induration.	Dass. Brousse.	Linksseit. Submaxillardrüsenschwellung. Sekundärerscheinungen.
152	m.	—	40 Jahre.	—	R. Tons. Ulcus.	Dass. Szadek de Kief.	Schwellung zuerst der rechts-, dann der linksseitigen Halsdrüsen. Pap. Syphilid d. ganz. Körpers. Alopecia syph.
153	m.	—	32 Jahre.	—	R. Tons. Tiefe Ulceration mit grauem Belage.	Dass. Szadek de Kief.	Rechtseitige Submax.-Drüsenschwellung. Sekundärerscheinungen.
154	m.	—	40 Jahre. Arbeiter.	—	R. Tons. Ulcus m. scharfen Rändern. Umgebung induriert.	Dass. Szadek de Kief.	Submax.-Drüsenschwellung stark ausgesprochen, leicht schmerzhaft. Maculöses Syph. Adenitis universalis.
155	m.	—	25 Jahre.	—	R. Tons. Tiefes indurietes Ulcus mit unregelmäßigen Rändern.	Dass. Szadek des Kief.	Rechte Submax.-Drüsen geschwollen und schmerzhaft. Sekundärerscheinungen.
156	—	w.	Näherin.	—	L. Tons. Indurierter pseudo-membranöser Belag.	Dass. Dieulafoy.	Zuerst Diphteritis diagnostiz. Linke Submax.-Drüsen geschwollen.
157	—	—	—	—	Tons. Starke Indurat.	Dass. Mauring.	Sekundärerscheinungen.

158	m.	—	Porzellan-maler	—	R. Tons.	Dass. Legendre.	Rechte Tons. bietet das Bild einer Angina gangränosa, durch Sekundärerscheinungen als harter Schanker gekennzeichn.
159	m.	—	25 Jahre. Kaufmann	Verdächtiger Coitus.	R. u. l. Tons. mächtig geschwellt. exulceriert. Starke Indurat. beider Tonsillen.	Dass. Raoult.	Starke beiderseitige Halsdrüsenschwellung. Roseola.
160	m.	—	25 Jahre.	—	R. Tons. grauweißer Belag. Nach dessen Entfernung Geschwüre mit unregelmäßigen Rändern. Induration.	Dass. Legendre.	Diphtherieverdächtig bis typische Eruption eintritt. Rechtsseitige Cervikaldrüsenschwellung.
161	—	w.	—	—	R. u. l. Tons. Beide Tons. ulceriert u. induriert. Linke hinterer Gaumenbogen mitergriffen.	Dass. Monel.	Bilaterale indolente Submax.-Drüsenschwellung. Exanthem. Papeln an Vulva u. Anus.
162	—	w.	31 Jahre. Dienstmagd.	—	R. Tons. Rundes Ulcus von Zwanzigcentimesgröße m. grauweißem Belag u. knorpelhart induriert. Grunde.	Dass. Brousse.	Rechte Unterkieferwinkeldrüsen geschwollen. Sek. Ulcerationen am Anus.
163	—	w.	30 Jahre.	—	L. Tons.	Dass. Arslau.	Schluckbeschwerden, Fieber. Wird zuerst als Angina abscedens inzidiert u. Eiter entleert. Roseola, Haarausfall, Plaq. muq.
164	m.	—	—	—	R. Tons.	Dass. Baudouin.	Syph. maligna.
165	—	w.	17 Jahre. Stubenmädchen.	Durch ihren Geliebten.	R. Tons.	Dass. Baudouin.	Syph. maligna.
166	—	w.	58 Jahre.	Durch luet. Enkelkind. Probiert mit dessen Löffel die Nahrung.	L. Tons.	Dass. Ehrmann.	L. Sub- u. retromaxillardrüsen indolent geschwollen. Plaq. muquens. d. Mundhöhle u. d. kl. Schamlippen.
167	—	w.	16 Jahre. Kindermädchen.	Durch syphil. Kind. Ißt m. d. Kinde.	L. Tons. Ulcus.	Dass. Ehrmann.	L. Submax. Drüsen geschwollen, schmerzhaft. Ebenso rechte Retromaxillardrüsen.

Nr.	Geschlecht m.	Geschlecht w.	Alter. Beschäftigung	Art der Infektion	Form und Sitz	Literatur	Bemerkungen
168	—	w.	49 Jahre. Näherin.	Durch Probieren an d. Saugflasche ihres luet. Enkelkindes.	L. Tons. Erosion auf indurierter Basis.	**Doktoroff,** Thèse de Nancy 1900. Spillmann.	Papulöses Syphilid.
169	—	w.	63 Jahre.	Bei der Pflege ihres syph. Enkelkindes.	R. Tons. Ulcus.	Dass. Legeudre.	Sek. Erscheinungen.
170	—	w.	54 Jahre. Kaffeehausbesitzerin.	Durch nicht genügend gereinigtes Gefäß, das von einer syph. Person benutzt wurde.	R. u. l. Tons. Rechte Tonsille zeigt ein größeres Ulcus als die Linke.	Dass. Raoult.	Submax.-Drüsen u. Drüsen unt. dem Sternokleidomast. rechts stark geschwollen. Links nur eine Submax. geschwollen. Papul. Syph., Corona veneris.
171		w.	21 Jahre. Bedienstete im Kaffeehaus.	Durch ungenügend gereinigtes Trinkgefäß.	R. u. l. Tons.	Dass. Raoult.	Submax.-Drüsen beiderseits geschwollen. Haarausfall.
172	m.	—	55 Jahre. Kommissionär.	—	R. Tons. Ulcus mit unregelmäßigen Rändern induriert.	Dass. Béron.	Adenitis universalis bes. aber d. Submax.- u. Halsdrüsen der rechten Seite. Roseola syph.
173	m.	—	6 Jahre.	Durch die syph. Eltern.	R. Tons. Ulcus superficial. induriert.	Dass. Béron.	Halsdrüsen u. Submax.-Drüsen d. rechten Seite stark geschwollen. Sonst Adenitis univers. levis. Eruptio syph. tot. corp.
174	—	w.	14 Jahre.	Durch luetisches Kind beim Päpeln desselben.	Tons. Sklerose.	**Neumann,** Wiener klin. Wochenschrift. 1902. Nr. 39.	pap. Exanthem.
175	m.	—	—	Durch Benutzung des Trinkgefäßes eines Luetikers.	Tons. Sklerose.	Dass.	pap. Exanthem.
176	—	w.	10 Jahre. Schulmädchen.	Angeblich durch Löffel.	Tons.	Dass.	Lentikuläres Syphilid. Adenitis univers. Effluvium capillorum.

177	—	w.	16 Jahre. Handarbeiterin. Virgo intakta.	Wahrscheinl. durch die luet. Schwester.	Tons.	Dass.	Makulo-papul. Exanthem.
178	—	—	—	Durch Hustenpastille.	Tons.	Dass.	
179	—	—	—	—	Tons. Exulceriert. Geschwürsfläche v. Einguldengr. Rand d. Velum und die Gaumenbögen der entsprechenden Seite livid-rot. geschwollen.	Dass.	Zuerst als **Carcinom** diagnostiziert. Gleichseit. Iugular u. Submentaldrüsenschwellung. pap. Exanthem.
180	—	–	—	–	Tons. Tumor, der sich über den hinteren Gaumenbogen gegen d. Larynx zu fortsetzt.	Dass.	Zuerst als Lymphosarkom (mikroskopisch) diagnostiziert. papulo squamöses Syphilid. durch spez. Behandl. Heilung.
181	—	w.	53 Jahre.	Wahrscheinl. durch Kuß ihrer luetisch. Tochter infiziert.	R. Tons. Großes Geschwür mit speckig belegt. Grunde und aufgeworfenen wallartigen Rändern.	**Seifert**, Würzburg.	R. Submax.-Drüsen stark vergröß., schmerzl., hart. Roseola syph. des Rumpfes, zuerst als Diphtherie behandelt.
182	—	w.	27 Jahre.	Pat. hat sich vor 2 Monaten v. einem „feinen" Mann sehr intensiv küssen lassen.	R. Tons. Großes Geschwür mit speckig belegt. Grunde u. wallartig aufgeworf. Rändern.	Dass.	Zuerst als chron. Angina behandelt. R. Submax.-Drüse sehr stark geschwollen, hart, indolent. Roseola syph. des Rumpfes. Genital. intakt.
183	–	w.	25 Jahre. Kellnerin.	Wahrscheinl. durch Kuß acquiriert.	L. Tons. Großes Geschwür mit speckig belegt. Grunde u. aufgeworf. Rändern.	Dass.	Seit 4 Wochen wegen Angina m. Tanninpinselungen behand. L. Submax.-Drüsen stark geschwollen, indolent hart. Roseola d. Rumpfes. Genit. intakt.
184	—	w.	20 Jahre.	—	L. Tons.	**Sendziak**, Über luet. Primäraffekte in d. Mund- und Rachenhöhle, sowie in der Nase und den Ohren. Monatsschr. f. Ohrenheilk. 1900.	

Nr.	Geschlecht m.	Geschlecht w.	Alter. Beschäftigung	Art der Infektion	Form und Sitz	Literatur	Bemerkungen
185	—	—	—	—	L. Tons.	**Knight,** Monatsheft f. prakt. Dermatologie 1888. S. 303.	
186	—	—	—	Durch Katheterisat. d. Tuba Eustachii.	Tons.	**Tarnowski,** Monatsheft f. prakt. Dermatologie 1888. S. 314.	
187	—	—	—	Wie vorstehend.	Tons.	Dass.	
188	—	w.	27 Jahre. verheiratet.	Coitus peno-buccalis. Ihr Mann hatte Genitalgeschwür.	L. Tons.	**Thorner,** Laryngoscope. St. Louis 1897.	Roseola.
189	—	w.	35 Jahre. Gastwirtsfrau.	Will aus ein. Glase getrunken haben, aus dem kurz zuvor ein Mann mit Ausschlag d. Gesichtes und der Lippen getrunken hatte.	L. Tons. Rundes, tiefes, kraterförmiges Geschwür, m. zackigen Rändern. Grunde schmutziggelb belegt. Ränder knorpelhart.	**Lenz,** 5 Fälle extragen. Syph.-Infekt. Wiener klin. Rundschau 1896. S. 92.	L. Submax.-Drüse sehr hart, mäßig vergrößert. Es soll schon Exanthem bestanden haben.
190	m.	—	—	Trank a. der Saugflasche sein. syph. Kindes.	Tons.	**Hutchinson,** Wiener klin. Rundschau 1896. S. 701.	
191	—	w.	12 Jahre.	Beim Aufpäpeln e. luetischen Kindes. (Bübchens).	Tons.	**Neumann,** Wiener klin. Rundschau 1902. S. 48.	
192	m.	—	25 Jahre. Tischler.	—	R, Tons. Zerklüftet, derb infiltriert.	**Buraczinski,** Wiener klin. Rundschau 1902. S. 865.	Will seit 4 Wochen an Angina leiden. Makulo-papul. Exanth.
193	—	w.	8 Jahre. Schülerin.	Vater luetisch.	L. Tons.	Dass.	Genital normal. In d. linken Regio parotideomasseterica e. große fluktuierende Drüse mit geröteter Haut bedeckt. Cervikal-, Axillar- u. Inquinaldrüsen geschwollt.

Kaesbohrer.	194	—	w.	49 Jahre. Köchin.	—	L. Tons. Rhagadenförmiges Geschwür.	Dass. S. 866.	Retro-auriculare u. ob. Cervikaldrüsen links üb. Haselnußgröße geschwollen. Papul. lenticul. Syphilid per. tot. cut.
	195	m.	—	17 Jahre. Oberrealschüler.	—	L. Tons. Vergrößert, in ihrem oberen Pol zerklüftet, derb infiltriert.	Dass.	Skleraden. cervicalis axillaris et inquinalis. In der linken Regio parotiodeomasseter. eine taubeneigroße, in der rechten eine kleine Lymphdrüse. Makulo-papul. Exanthem.
	196	m.	—	22 Jahre. Schlosser.	—	L. Tons. In der oberen Hälfte speckig bel., Substanzverlust.	Dass.	L. Submax.-Drüse taubeneigroß. R. Submax.-Drüse, ferner Cervikal-, Axillar, Cubitaldrüs. geschwellt. Papul Syphilid per tot. cutim.
	197	—	w.	24 Jahre. Köchin.	—	R. Tons.	Dass.	
	198	—	w.	22 Jahre. Köchin.	—	L. Tons. Fast ganz exulceriert, speckig belegt.	Dass.	Supraclavicular, Cervikal-, bis zu Retromax.-Drüse stark geschwellt. Unter linkem Unterkiefer bei Palpution schmerzhafte Drüse. Makul. Exanthem.
	199	m.	—	31 Jahre. Spenglergehilfe.	Von seinem luet. Kinde infiziert.	L. Tons. Stark vergrößert mit vergrößerten Follikeln, sehr derb, ohne Geschwür.		Zwei taubeneigroße Submax.-Drüsen links, Papul. Syphilid. Axillar, Supraclav u. Cervikaldrüsen geschwollen.
	200	—	w.	—	Durch Gebrauch d. Löffels eines Luetikers.	L. Tons. Vergrößert, braunrot, drusig, uneben.	**Neumann,** Wiener med. Wochenschrift. 1890. Nr. 4.	
	201	—	—	—	—	R. Tons. vergrößert, braunrot, drusig, uneben.	Dass.	
4	202	—	w.	21 Jahre.	Durch den Kuß einer syphilitischen Freundin.	R. Tons. Sklerose.	**Glück,** Wien. med. Presse 1888 Nr. 18.	Papulöses Syphilid.
	203	m.	—	22 Jahre. Kommis.	—	R. u. l. Tons. Erosion.	**Pospelow,** Extragen. Syph.-Inf. Arch. f. Derm. u. I. B. XXI S. 94.	

Nr.	Geschlecht m.	Geschlecht w.	Alter. Beschäftigung	Art der Infektion	Form und Sitz	Literatur	Bemerkungen
204	m.	—	25 Jahre. Lehrer.	—	Tons.	Dass.	
205	m.	—	—	Von luet. Kind.	Tons.	**Moskalew,** Eine Hausepidemie von Syphil. Protokoll der russ. syphilit. u. dermatolog. Gesellschaft 1897.	
206	—	w.	Großmutter	Durch Enkelkind.	Tons.	Dass.	
207	—	w.	3 Jahre.	Eltern syphilitisch.	Rechte Tons.	**Jordan,** Über syphilit. Hausepidemien. Monatsschrift f. prakt. Derm. 1903 S. 441.	
208	m.	—	1 Jahr.	Hausepidemie, durch syphil. Mitbewohner angest.	L. Tons.	Dass.	Linke stark vergrößerte Submaxillardrüsen pustulöses Exanthem. Papeln am After.
209	—	—	5 Jahre.	—	R. Tons. typ. Induration.	**Róna,** Monatsschr. f. prakt. Derm. 1889	Zuerst als Diphtherie behandelt. Starke Drüsenschwellung beiderseits. Roseola. Condylomata circa anum.
210	m.	—	Arbeiter.	Energisches Küssen.	Tons.	**Haslund,** Monatsschrift für prakt. Derm. 1885 S. 456.	
211	m.	—	—	—	Tons.	Dass.	
212	—	w.	46 Jahre.	Syph. Pflegekind.	Tons.	Dass.	
213	—	w.	—	—	R. Tons.	**Jordan,** Über d. Häufigkeit d. Rachen- und Kehlkopf-Affektionen bei Syph. Arch. f. Derm. u. Syph. B. 47 S. 94.	
214	—	w.	—	—	R. Tons.	Dass.	
215	—	w.	52 Jahre. Frau.	Durch das syph. Enkelkind infiziert.	Tons.	**Glas,** Wiener laryngol. Gesellschaft. 1. 5. 1903.	

216	—	w.	32 Jahre.	—	Tons.	Dass.	
217	m.	—	Mann und Frau.	—	R. u. l. Tons.	**Spiegler,** Wiener Dermatolog. Gesellsch. 28. 10. 1903.	
218	—	w.		—	Tons.	Dass.	Makulo-papul. Syphilid.
219	—	—	—	—	Tons.	**Papissow,** Journal Russe des. mal. cutan. 4. 4. 1903.	
220	—	—	—	—	Tons.	**Harrison-Griffin.** New-York. med. Journal.	
221	—	w.	12 Jahre.	—	R. Tons.	**De Bary,** 1. Versammlung der vereinigt. südwestdeutsch. Kinderärzte zu Frankfurt a. M. 24. 1. 1901.	
222	—	—	—	—	Tons.	**Harrison-Griffin,** New-York. med. Journal.	
223	m.	—	19 Jahre.	—	Tons.	**Lafitte-Dupont,** Journal de med. de Bordeaux. 40. 1902.	
224	—	—	—	—	Tons.	**Lee u. Rogers,** Amer. Med. 11. 1. 1902.	
225	—	w.	30 Jahre. Magd.	—	Tons.	**Asselberghs,** Bull. med. chir. de Brüxelles 1902.	
226	—	w.	17 Jahre.	—	R. Tons.	**Haslund,** Dänische Dermat. Gesellsch. 5. 3. 1902.	
227	—	—	—	—	R. u. l. Tons.	**Cheatham,** Medicinal 1902.	Erwähnt sind außerdem noch 126 andere Fälle.
228	—	—	—	—	Tons.	**Danlos,** Soc. franc. de dermat. 9. 12. 1897.	
229	—	—	—	—	Tons.	**Gaube,** Un. méd. du Nord-Est. 1893.	
230	—	—	—	—	Tons.	**Roat.** Verh. d. amer. laryngol. Ges. 1.—3. Mai 1897.	
231	—	—	—	—	Tons.	**Liaras,** Journal de méd. de Bordeaux 2. 7. 1899.	

Nr.	Geschlecht m.	Geschlecht w.	Alter, Beschäftigung	Art der Infektion	Form und Sitz	Literatur	Bemerkungen
232	—	—	—	—	Tons.	**Groß,** Revue med. de l'Est. 2. 10. 1894.	
233	—	w.	56 Jahre.	Löffel.	L. Tons.	**Gerber,** Monatsheft für Ohrenheilkunde 1898 S. 315.	
234	—	—	—	—	Tons.	**Joseph,** Dermatol. Zeitschrift.	
235	—	—	—	—	Tons.	Dass.	
236	—	—	—	—	Tons.	Dass.	
237	—	—	—	—	Tons.	**Vedenski,** Journal de mal. cut. 1892.	
238	—	—	—	—	Tons.	Dass.	
239	—	—	—	—	Tons.	**Hitz,** Med. Record. 1895.	
240	—	—	—	—	Tons.	**Chappell,** J. Congr. f. Laryng. 1894 S. 167.	
241	—	—	—	—	Tons.	Dass.	
242	—	—	—	—	R. Tons.	**Boudougof,** Journal de med. cut. 1892.	
243	—	w.	4 Jahre.	Inficiert durch den Gebrauch eines Trinkgeschirres eines luetisch. Verwandten.	R. Tons.	**Egis,** Djetsk. Med. 3. 1899.	
244	—	w.	23 Jahre. Frau.	Vom Manne inficiert.	R. Tons.	**Grant,** J. Cong. f. Laryng. 1901 S. 529.	
245	—	—	—	—	Tons.	**Ohmann-Dumesnil,** St. Louis. med. Journ. 6. 1901.	
246	—	w.	Junges Mädchen.	Kuß?	R. Tons.	**Stout,** Journ. of Americ. med. Assoc. 12. 10. 1901.	Exanthem.

247	—	—	—	—	Tons.	**Abercrombie,** Brit. med. Journ. 21. 9. 1901	
248	—	—	—		Tons.	**Rhodes,** Revue de Laryng. 51. 1901.	
249	m.	—	Mann.	Von seinem 11 Mon. alt. Kinde infiziert.	Tons.	**Tulinow,** Archiv f. Kinderheilk. B. 32 S. 394.	
250	m.	—	—	—	R. Tons. Vielfach zerklüftet, ulceriert, vergrößert.	**Oberndorfer,** New-York. Med. Mai 1894.	Papul. Syphilid.
251	—	—	—	—	Tons.	**Brech,** Berl. klin. Wochenschrift 1897 S. 1077.	
252	—	—	—	—	Tons.	Dass.	
253	—	—	—	—	Tons.	**Griffin,** New-York. med. Jour. 23. 5. 1894.	
254	—	—	—	—	Tons.	Dass.	
255	—	w.	27 Jahre.	Kuß.	Tons.	**Foster,** Northwester Lancet 1897.	
256	m.	—	5 Jahre.	Vielleicht durch Spielzeug.	L. Tons.	**Immenwahn,** Berl. Dermat. Ges. 1. 2. 1898.	
257	m.	—	8 Jahre.	Durch die Mutter infiziert durch Kuß.	Tons.	**Lesser,** Berl. Dermat. Ges. 1. 2. 1898.	
258	—	w.	63 Jahre. Frau.	Durch d. Schnuller eines congenital luetischen Kindes.	R. Tons.	**Lafarelle,** Revue de Laryng. 46. 1900 S. 592.	
259	—	w.	47 Jahre.	Durch d. Ehemann infiziert.	L. Tons.	**v. Michel,** Arch. f. Augenheilkunde B. XLII. 11. 2. 1900.	Zugleich noch Sklerose am linken Arcus palatoglossus. constitut. Syph.
260	—	w.	—	—	Tons.	**Lochte,** Festschrift f. Neumann 1900.	
261	m.	—	—	—	Tons.	**Marschalki,** Dermatol. Gesellschaft in Budapest. 19. 11. 1891.	Für Carcinom gehalten, operiert. exitus letalis.
262	m.	—	—	—	Tons.	Dass.	Ebenfalls zuerst f. Carcinom gehalten, durch das Exanthem aber die Diagnose richtig gestellt.

Nr.	Geschlecht m.	Geschlecht w.	Alter. Beschäftigung	Art der Infektion	Form und Sitz	Literatur	Bemerkungen
263	—	w.	31 Jahre.	Durch luetische Schwester infiziert.	R. u. l. Tons. R. Tons. groß. Ulcus. L. Tons. kleines.	**Siepe,** Dissert. Bonn 1892.	Roseola.
264	—	w.	15 Jahre.	Durch Tonsillotomie. Die Instrumente waren schlecht gereinigt.	Tons.	**Baum,** Journ. of the med. Assoc. 27. 1. 1900.	
265	—	w.	24 Jahre.	—	R. Tons.	**De Stöcklin,** Arch. de méd. exper. B. XII. 1900.	Allgemeinerscheinungen.
266	—	—	—	—	R. Tons.	**Perrogon,** J. Cong. f. Laryng. V. 1899.	
267	—	—	—	—	Tons.	**Gruguenhenis et Glover,** Atlas Tafel XIV.	
268	—	w.	28 Jahre.	Durch Kuß.	R. Tons.	**Seifert** 1905.	Exanthem.
269	—	—	—	—	R. Tons.	**Oussas,** Journ. d. mal. cut. et syph. 1892.	
270	—	—	—	—	R. Tons.	**Lang,** Arch. f. Dermat. B. 30. S. 105.	Zugleich Sklerose des link. Lab. maj. Sekundärerscheinungen.
271	—	—	—	—	Tons.	**Stone,** Rev. d. Laryng. 1897. S. 1387.	
272	—	—	—	—	Tons.	**Diehl,** Buffal. med. Journ. April 1897.	
273	—	—	—	—	Tons.	**Martin,** Arch. med. Angers I. S. 540.	
274	—	—	—	—	Tons.	**Pajor,** Pester med. chir. Presse. 2. 1894.	
275	m.	—	—	Durch die Pfeife seines Bruders infiziert.	L. Tons.	**Kistjabowski,** Journ. russe d. mal. cut. 1903.	

276	—	—	—	—	Tons.	**Ioannorich,** Ann. d. mal. de l'oreille. 3. 1903.	
277	—	w.	Frau.	—	Tons.	**Schields,** Cinc. Lancet. Clinic. 9. 4. 1905.	
278	—	—	—	—	R. Tons.	**Dundas Gront,** J. C. f. Laryng. 1905 S. 190.	
279	—	w.	—	—	R. u. l. Tons.	**Kahle,** Wiener laryng. Ges. 1. 2. 1905.	Sek. Erscheinung.
280	—	w.	54 Jahre. Frau.	Vom Manne infiziert.	R. Tons.	**Bentowin,** Wratsch. 1902.	
281	—	—	—	—	Tons.	**Bulkley,** Amerik. med. Assoc. 11. 2. 1902.	
282	m.	—	—	—	R. u. l. Tons.	**Texièr et Malherbe,** Journ. de Malad. cut. et syph. 1905	
283	—	—	—	—	Tons.	**Aschmann,** 2 Fälle von Tonsillarschanker. 27. 5. 1905.	
284	—	—	—	—	Tons.	Dass.	
285		w.	—	—	Tons.	**Montgomery,** New-Jork. med. Journ. 17. 5. 1905.	Vorher Tonsillotomie gemacht.
286	m.	—	—	-	L. Tons.	Dass.	Allgemeinerscheinungen.
287	—	—	—	—	Tons.	**Wroblewski,** Gaz. Lekarsha 1. 1904.	Verfasser entfernt den Primäraffekt mit Galvanokauter. Sekundärerscheinungen.
288	—	—	—	—	R. Tons.	**Citelli,** Bull. della mal. dell' orecluo. 8. 1902.	Ebenso Primäraffekt an der Unterlippe, also multipler Schanker.
289	—	w.	18 Jahre. Magd.	—	R. Tons. Zum Teil in ein Geschwür verwandelt, das bis auf den weichen Gaumen übergreift.	**Neumann,** Wiener klin. Wochenschrift. 1900 S. 345.	Adenitis univ. bes. Submax.-Drüsenschwellung Haut des Stammes m. großen braunroten Flecken bedeckt. Papeln a. l. Lab. maj. in der Afterkerbe u. zu beid. Seiten d. hinter. Commissur. Gebärt macer. Kind.
290	—	w.	30 Jahre. Kondukteursgattin	Durch Löffel.	L. Tons. Zerklüftet, von drusig unebenen Granulationen bedeckt.	Dass.	Beginn m. Halsschmerzen. Die linken Retromaxillardrüsen u. Halsdrüsen unter Sternocleidomastoideus, geschwellt, schmerzlos. Exanthem.

Im ganzen handelt es sich also um 290 Fälle. Davon ist 162 mal der Sitz an den Tonsillen genau angegeben, in den übrigen 128 Fällen ist überhaupt nur die Tons. ohne jede nähere Bezeichnung als Sitz d. Pr.-Aff. genannt. Ebenso findet sich nicht immer das Geschlecht verzeichnet, im ganzen nur 211 mal, auch die Art der Infektion war in sehr vielen Fällen nicht zu ermitteln.

Betrachten wir nun an der Hand dieser Zusammenstellung das Verhalten des Tons.-Schank. in bezug auf seine Lokalisation und das Geschlecht der Erkrankten und vergleichen wir dies mit den Ergebnissen anderer Statistiken, so erhalten wir folgendes Resultat:

Zuerst was den Sitz des Pr.-Aff. anbelangt, so fand sich derselbe

nach Pospelow unter 50 Fällen prim. Rachenpapeln	21	mal	die	rechte	15	mal	die	linke	u.	9	mal	beide Tonsillen
nach Krefting dagegen unter 58 Tons.-Sch.	15	„	„	„	21	„	„	„		1	„	„ „
nach Seifert unter 149 Tons.-Sch.	52	„	„	“	23	„	„	„		12	„	„ „
nach Ebner unter 191 Tons.-Sch.	28	„	„	„	22	„	„	„		6	„	„ „
nach Neumann unter 20 Tons.-Sch.	11	„	„	„	8	„	„	„		1	„	„ „
nach Bulkley unter 50 Tons.-Sch.	9	„	„	„	3	„	„	„		3	„	„ „
nach meiner Zusammenst. unter 290 Tons.-Sch.	84	„	„	„	63	„	„	„		18	„	„ „

affiziert.

Aus diesen Zahlen läßt sich unschwer ersehen, daß der Pr.-Aff. der rechten Tonsille von fast allen Autoren, mit Ausnahme von Krefting, als der häufigste gefunden und anerkannt wird. Auch mein Befund deckt sich mit dieser Annahme. Dann folgt die linke Tons. und in letzter Linie kommt als nicht so häufiges Ereignis der bilater. Schanker. Ein wirklich einwandfreier Grund, warum gerade die rechte Mandel am häufigsten ergriffen ist, läßt sich mit Bestimmtheit bis jetzt nicht feststellen.

In bezug auf das Geschlecht der erkrankten Personen läßt sich folgendes nachweisen. Es befanden sich

nach	Pospelow	unter	44	Fällen	13	Männer	u.	31	Frauen	
„	Krefting	„	36	„	4	„	„	28	„	4 Kinder
„	Neumann	„	20	„	8	„	„	12	„	
„	Nivet dagegen	„	29	„	23	„	„	6	„	
„	Velpeau	„	29	„	23	„	„	6	„	
„	Bulkley	„	15	„	8	„	„	7	„	
„	Ston	„	80	„	49	„	„	31	„	
„	Fournier	„	11	„	8	„	„	3	„	
„	meiner Zusammenstellung	„	211	„	94	„	„	117	„	

Beim Betrachten dieser Statistik fällt sofort auf, daß nach den Angaben sämtlicher französischer Autoren das männliche Geschlecht mehr betroffen ist als das weibliche. Dagegen kommen Pospelow, Krefting und Neumann zu dem Ergebnis, daß im Gegenteil die Frauen mehr unter dieser Art der Erkrankung zu leiden hätten als die Männer, ein Resultat, mit welchem mein Befund vollständig übereinstimmt. Pospelow nimmt an, daß das Weib, abgesehen vom Coitus per os in seiner Stellung als Mutter, Amme, Kinderwärterin, Köchin und Dienstbote der Infektion in bedeutend höherem Grade ausgesetzt ist als der Mann. Daß das Weib in dieser Beziehung stark gefährdet ist, läßt sich nicht bestreiten, andrerseits muß man jedoch bedenken, daß der Mann besonders in den unteren Volksklassen der extragen. Infektion, also der Syphilis insontium im vollsten Sinne des Wortes gerade so ausgesetzt ist wie das Weib, sowohl in seinem Berufe, als wie im gesellschaftlichen Leben und daheim im engeren Familienkreise bei Weib und Kind. Warum nun bei den Statistiken in den einen Fällen die Männer, in den anderen die Frauen überwiegen, ist eine offene Frage. Es mögen dabei vielleicht die in den einzelnen Ländern herrschenden sozialen Verhältnisse, auch Sitten und Gebräuche mit im Spiele

sein, aber eine bestimmte sichere Erklärung kann hierfür nicht gegeben werden.

Was die Häufigkeit der Infektion durch die Tonsillen bei den Kindern anbelangt, so finden sich hierüber in der Literatur, wenigstens soweit sie mir zugänglich war, keine genaueren statistischen Angaben. Unter meinen 290 Fällen befinden sich im ganzen 24 Kinder, also 82 %. Wenn man bedenkt, wie sehr gerade die Kinder durch ihre Umgebung, die Ammen, Dienstboten usw. der Gefahr der Infektion ausgesetzt sind, so erscheint diese Zahl im Verhältnis zu den Erwachsenen ziemlich gering. Ich muß noch erwähnen, daß ich als oberste Grenze für die Kinder das 12. Lebensjahr angenommen habe, da von diesem Zeitpunkte an die Kinder der arbeitenden Klassen ja doch schon mit am Broterwerbe beteiligt und hiermit also auch beruflichen Infektionsgelegenheiten ausgesetzt sind.

Schließlich soll noch die Prognose der Syph. bei Pr.-Aff. der Tonsillen etwas näher erwähnt werden. Von verschiedenen Seiten, besonders auch von Krefting und Eichhorst ist darauf hingewiesen worden, daß die extragen. erworbene Syphilis und somit auch die mit Sklerose d. Tons. sich durch einen bedeutend schwereren Verlauf auszeichne gegenüber der auf genitalem Wege akquirierten. Van Dugteren und van Walsen haben die Theorie aufgestellt und suchen zu beweisen, daß die Genitalien eine Art lokaler Immunität gegen das Syphilisvirus erhalten hätten dadurch, daß bei den früheren Generationen immer an diesen Teilen die Infektion stattgefunden habe, und daß infolgedessen das Syph.-Virus, sowie es extragenital eindringe, einen besseren Boden zu seiner Entwicklung finde als wie an den Genitalien. Diese Behauptung ist analog der Erklärung, daß die Syphilis bei verschiedenen Individuen so mild verlaufe, weil sich unter ihren Vorfahren einige syphilit. Erkrankte befunden haben. „Ebenso wie die Individuen eines Volkes, bei dem schon Jahrhunderte hindurch

die Syphilis vielfach vorkommt, größere Immunität besitzen als die anderer Völker, wo die Lues nur selten vorkam oder vorkommt, so besitzen auch die Gewebe der äußeren Genitalien größere Immunität für die primäre lokale Syphilis als die an anderen Stellen des Körpers. Die Gewebe außer den Genitalien bieten einen willigeren Boden für die Entwicklung des syphilit. Primäraff. Hier sich bildende Schanker finden einen besseren Ernährungsboden und werden dadurch ein mehr überflüssiges (?) vielleicht auch giftigeres Virus dem Organismus zuführen. Infolgedessen wird die nachfolgende konstitutionelle Syph. einen bösartigeren Charakter annehmen können.“ Diese Begründung eines schwereren Verlaufes der Lues nach extragen. Infektion kann, wie auch von anderer Seite nachdrücklich betont wird, nicht akzeptiert werden, denn von einer solchen lokalen Immunisation irgendeines Körperteiles oder Organes wissen wir bis heute nichts. Tritt einmal Immunität gegen irgend ein Gift ein, dann ist der ganze Körper dagegen immun und nicht nur ein Teil desselben, und deshalb ist es nicht gut möglich, daß bei einem schwer verlaufenden Falle die Syphilis leichter gewesen wäre, wenn die Infektion nur genital erfolgt wäre. Diese Ansicht vertritt auch Neumann, der sagt: „Extrag. Sklerosen haben keine schwerere Form von Syph. im Gefolge als die genitalen, es bleibt vielmehr für den Organismus ganz indifferent, ob die Sklerose genital oder extragenital.“ Auch Hutchinson äußert sich in diesem Sinne, indem er sagt: „Es ist vollständig gleichgültig, an welchem Teile des Körpers die Ansteckung erfolgt, denn die Syph. ist immer ein und dieselbe Krankheit und wird in ihrem Verlaufe nur durch die angeborenen oder erworbenen, individuellen Eigentümlichkeiten der infizierten Person und durch die eingeschlagene Therapie beeinflußt.“ Ebenso urteilt auch Lesser: Der Ort des Primäraff. ist für den weiteren Verlauf völlig irrelevant. Die Annahme, daß die Lage der Eingangspforte des Giftes an dieser oder jener

Körperstelle von irgendwelcher Bedeutung in dieser Hinsicht sein sollte, ist auch mit unseren allgemeinen Anschauungen nicht vereinbar."

Übereinstimmend mit diesen Ansichten ist auch das Resultat bei der Prüfung der Fälle meiner Zusammenstellung. Es sind wohl einzelne Fälle, bes. zwei mit schweren Erscheinungen dabei, aber durchschnittlich ist durch nichts angedeutet oder gesagt, daß gerade bei Tons.-Schanker der spätere Verlauf ein schlimmerer gewesen ist als bei genitaler Infektion. Und doch wäre es nicht zu verwundern, wenn gerade bei Tons..-Pr..-Aff. ein heftigerer Ausbruch der Erkrankung beobachtet wird aus folgenden Gründen: „Der Verlauf der konst. Syph. ist abhängig, abgesehen von der individuellen Disposition des einzelnen Individuums, 1. von der Widerstandsfähigkeit und dem Kräftezustande des Körpers, 2. wohl wie bei jeder anderen Infektionskrankheit von der Qualität und Quantität des übertragenen Virus (Berliner, Haslund, Bergh). Ob allerdings eine Verschiedenheit in der Intensität des Virus besteht, ist bis jetzt noch nicht erwiesen, auf jeden Fall aber spielt die Quantität des luetischen Giftes bei der Übertragung eine große Rolle. 3. von den äußeren Verhältnissen der betreffenden Individuen und 4. von der Behandlung der Erkrankung.

Was nun den ersten Punkt anbelangt, so wäre folgendes zu erwähnen: Eine allgemeine Schwächung des Kräftezustandes der Pat. kann nur dadurch eintreten, daß der Tons.-Schanker mit einer anderen Mandelkrankheit kompliziert ist, also eine Mischinfektion besteht, oder eine vorausgegangene Angina den Boden für die Infektion vorbereitet hat. Das sind die Fälle, in denen gleich anfangs ein schweres Krankheitsbild mit Fieber und Schüttelfrösten besteht. Die allgemeine Schwächung des Körpers hierdurch gibt natürlich dem Gifte Zeit und Gelegenheit genug, sich ohne Widerstand möglichst auszubreiten. Ebenso spielt

das Alter auch eine wichtige Rolle bei der Beurteilung eines jeden Falles, da ja Kinder und ältere Personen, wie Großmütter, die durch ihre Enkelkinder angesteckt worden, nicht diejenige körperliche Widerstandsfähigkeit haben können, als wie ein sonst gesundes Individuum in den besten Jahren.

ad 2. Durch den anatomischen Bau ist, wie schon früher erwähnt, dem luet. Virus an dieser Stelle mehr als an allen anderen Körperteilen Gelegenheit gegeben, möglichst leicht und in möglichst großen Mengen in den Organismus zu gelangen.

ad 3. In weitaus der Mehrzahl der Fälle sind an Pr.-Aff. der Mandeln erkrankten Personen Angehörige des Dienstbotenstandes und der niederen Volksklassen. Diese Leute leben aber oft unter sehr ungünstigen sozialen Verhältnissen, und es findet sich bei denselben vielfach ungenügender Ernährungszustand, Tuberkulose, Skrofulose (anämische Zustände) und schließlich auch Potus. Andrerseits wieder ist bei den Angehörigen der besseren Stände, besonders bei solchen, die sich ihre Erkrankung durch perversen Geschlechtsgenuß zugezogen haben, der Körper durch berufliche Anstrengungen und durch Exzesse in Venere et Baccho oft stark zerrüttet.

ad 4. Durch den oft verhältnismäßig leichten und dem Patienten gar nicht besonders auffallenden Beginn der Erkrankung, kommen die Pat. oft sehr spät zum Arzt und in die entsprechende, energische Behandlung. Event. wird die Erkrankuug vom Arzte verkannt und viel kostbare Zeit mit falscher Behandlung vergeudet.

Diese Punkte zeigen zur Genüge, daß man bei der Prognose d. Tons.-Schankers nicht zu optimistisch urteilen darf und immerhin bedenken muß, daß gerade dieser Pr.-Aff. nicht durch seinen extragenitalen, wohl aber durch seinen spezifisch eigentümlichen Sitz sehr gut dazu geeignet ist, dem syph. Virus die Bedingungen zu einer möglichst guten

Entwicklung zu verschaffen. Daraus erhellt nun aber auch, daß die Kenntnis dieser Affektion von der größten Bedeutung ist, um einerseits sofort durch sachgemäße energische Behandlung das luetische Virus selbst möglichst bekämpfen zu können, und andrerseits um prophylaktisch das Entstehen und die Verbreitung dieser Krankheit durch Belehrung des Publikums und Schaffung günstigerer sozialer Verhältnisse möglichst hintanzuhalten und zu unterdrücken.

Am Schlusse meiner Arbeit erfülle ich die angenehme Pflicht, Herrn Geheimrat Prof. Dr. v. Leube für die gütige Übernahme des Referates und Herrn Professor Dr. Seifert für die freundliche Überweisung des Themas sowie für die gütige und bereitwillige Anleitung bei der Anfertigung der Arbeit meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Spezialdruckerei für Dissertationen, Robert Noske, Borna-Leipzig.

Literaturverzeichnis.

Archiv für Dermatologie u. Syphilis. Bd. 8—26, 29—32, 36, 38—41, 45, 47, 49, 50, 52, 54, 56.
Annales de Syphilis et Dermatologie 1881, 1885, 1888, 1897, 1900.
Monatshefte für prakt. Dermatologie 1885, 1888, 1889, 1891, 1903.
Centralblatt für klin. Medizin 1884.
Centralblatt für Dermatologie.
Charité-Annalen 1899.
Deutsche med. Wochenschrift 1890, 1891, 1905.
Berliner klin. Wochenschrift 1882, 1887, 1897, 1901.
Münchner med. Wochenschrift 1904.
Wiener med. Wochenschrift 1896, 1901, 1902.
Wiener med. Presse 1886, 1888.
Wiener klin. Rundschau 1896, 1902.
Wiener klin. Wochenschrift 1890, 1902.
Dermatologische Zeitschrift 1898, 1901.
Archiv für Augenheilkunde Bd. 42.
Monatsschrift für Ohrenheilkunde 1898—1900.
Siepe, Dissertation Bonn 1892.
Friedmann, Dissertation Heidelberg 1902.
Moses, Dissertation Leipzig 1904.
Stiebel, Dissertation Würzburg 1895.
Witte, Dissertation Berlin 1903.
Protzek, Dissertation Breslau 1891.
Eysel, Dissertation Göttingen 1896.
Nivet, Thèse de Paris 1887.
Doktoroff, Thèse de Nancy 1900.

Lebenslauf.

Verfasser dieser Arbeit, Joseph Kaesbohrer, Sohn des kgl. Gymnasialprofessors Dr. Leonh. Kaesbohrer, wurde am 6. Juni 1881 zu Nürnberg, Kreis Mittelfranken, geboren. Dortselbst besuchte er die Volksschule und die vier untersten Klassen des Gymnasiums, worauf er infolge Versetzung seines Vaters nach Würzburg daselbst seine Gymnasialstudien fortsetzte und im Jahre 1899 absolvierte. Im Oktober 1899 wurde Verfasser an der medizinischen Fakultät der Universität Würzburg immatrikuliert, bestand im Juli 1901 sein Tentamen physicum und beendigte an der nämlichen Universität am 21. Juli 1904 sein Staatsexamen. Am 1. Oktober 1904 trat er als Einjährig-Freiw. Arzt beim 11. Artillerieregiment in Würzburg ein und diente sofort im Anschluß an das vorgeschriebene halbe Jahr, sechs Wochen als Unterarzt der Reserve weiter. Seit 1. Juni 1905 befindet sich Verfasser als Assistenzarzt am Grubenlazarett zu Klein-Rosseln bei Forbach in Lothringen.